

CIRUGIA Y QUIRURJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVIII

5

MAYO

1950

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR





ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables propiedades antibióticas y microbicidas de la tiorotricina, con la conocida acción analgésica de la benzocaína.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.

TYROZETS

Reg. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H.I.



Philadelphia 1, Pa., U.S.A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS

PARA ASEGURAR *Mayor*
RELAJACION MUSCULAR



TUCURIN Abbott ha resultado ser un coadyuvante valioso para la anestesia general en numerosas intervenciones quirúrgicas que requieren máxima relajación muscular.

Su uso en unión con Pentothal Sódico, ciclopropano óxido nitroso o éter permite mantener al paciente en anestesia quirúrgica ligera y reduce al mismo tiempo el tono de la musculatura esquelética.

Con el uso de TUCURIN puede obtenerse la relajación deseada sin producir depresión profunda de la función respiratoria, ya que no es necesario aumentar el anestésico empleado, sino que por el contrario se disminuye la dosis de éste.

TUCURIN es un alcaloide puro, cristalino, extraído de curare, y tiene el efecto típico del curare sobre la musculatura esquelética. TUCURIN se suministra en envases de 10 cc.

TUCURIN

(Cloruro de d-Tubocurarina, Abbott)

ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.



ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables propiedades antibióticas y microbicidas de la tiorotricina, con la conocida acción analgésica de la benzocaína.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos anginosos, en las post-fonsilectomías, etc.

TYROZETS

Reg. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H.I.



Philadelphia 1, Pa., E.U.A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS

PARA ASEGURAR *Mayor*
RELAJACION MUSCULAR



TUCURIN Abbott ha resultado ser un coadyuvante valioso para la anestesia general en numerosas intervenciones quirúrgicas que requieren máxima relajación muscular.

Su uso en unión con Pentothal Sódico, ciclopropano óxido nitroso o éter permite mantener al paciente en anestesia quirúrgica ligera y reduce al mismo tiempo el tono de la musculatura esquelética.

Con el uso de TUCURIN puede obtenerse la relajación deseada sin producir depresión profunda de la función respiratoria, ya que no es necesario aumentar el anestésico empleado, sino que por el contrario se disminuye la dosis de éste.

TUCURIN es un alcaloide puro, cristalino, extraído de curare, y tiene el efecto típico del curare sobre la musculatura esquelética. TUCURIN se suministra en envases de 10 cc.

TUCURIN

(Cloruro de d-Tubocurarina, Abbott)

ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCALLES:

1er. Vocal.
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal.
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.
Dr. Adán Velarde

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio
y Vitamina "C".

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

Reg. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684
S. S. A.

●

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

Moras No. 360. Nva. Col. del
Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

DOS BENEFICIOS

tiene la relajación abdominal por la **INTOCOSTRINA-T**. Junto con la anestesia por inhalación garantiza la "máxima comodidad para el paciente máxima conveniencia para el cirujano".



INTOCOSTRINA-T por vía intravenosa produce la **relajación abdominal sin anestesia profunda**. Su acción es rápida, profunda y breve. A dosis terapéuticas no afecta los músculos involuntarios ni cardíacos ni causa complicaciones post-operativas indeseables.

INTOCOSTRINA-T se ha usado

con excelentes resultados con el cloroformo, éter, óxido nítrico, etileno y pentotal sódico.

Es una preparación obtenida del extracto purificado de curare (chondrodendron tomentosum) y produce la relajación muscular por bloqueo reversible a nivel de la unión "mioneural".

Intocostrina ^t SQUIBB

Marca de E. R. Squibb & Sons

AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA DESDE 1858
Reg. No. 32717 S. S. A. Literatura exclusiva para Médicos. Prop. H.ª

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCAL:

1er. Vocal.
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal.
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.
Dr. Adán Velarde

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio
y Vitamina "C".

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato
de Sodio.

Reg. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684
S. S. A.

●

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

Moras No. 360. Nva. Col. del
Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

DOS BENEFICIOS

tiene la relajación abdominal por la **INTOCOSTRINA-T**. Junto con la anestesia por inhalación garantiza la "máxima comodidad para el paciente máxima conveniencia para el cirujano".



INTOCOSTRINA-T por vía intravenosa produce la **relajación abdominal sin anestesia profunda**. Su acción es rápida, profunda y breve. A dosis terapéuticas no afecta los músculos involuntarios ni cardíacos ni causa complicaciones post-operativas indeseables.

INTOCOSTRINA-T se ha usado

con excelentes resultados con el cloroformo, éter, óxido nítrico, etileno y pentotal sódico.

Es una preparación obtenida del extracto purificado de curare (chondrodendron tomentosum) y produce la relajación muscular por bloqueo reversible a nivel de la unión "mioneural".

Intocostrina ^T SQUIBB

Marca de E. R. Squibb & Sons

AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA DESDE 1858
Reg. No. 32717 S. S. A. Literatura exclusiva para Médicos. Prop. H.ª

DOCIGRAM

VITAMINA B₁₂

Reg. No. 34943 S. S. A.

FORMULA: Cada ampolleta contiene:

Vitamina B₁₂ cristalizada 15 microgramos.

Solución de cloruro de sodio al 0.8%, c. b. p. 2 cm.³

PRESENTACION: Caja con 5 ampolletas de 2 cm.³

El DOCIGRAM (Vitamina B₁₂) constituye el principio activo del extracto de hígado. Permite llevar a cabo la hepatoterapia en su forma más eficaz, administrando dosis precisas de un producto puro. Una sola inyección actúa durante largo tiempo, lo que simplifica mucho el tratamiento. El producto no provoca alergia y combate no sólo la anemia, sino también las lesiones nerviosas.

INDICACIONES: Tratamiento de las anemias macrocíticas de todo tipo (perniciosa de Biermer-Addison, nutritiva, de esprúe, embarazo, etc.).

Trastornos nutritivos generales originados por dietas insuficientes, y en particular pobres en proteínas animales. Como profilácticos, en el hipertiroidismo, embarazo, convalecencias en general, etc.

POSOLOGIA: El producto carece de toxicidad; puede administrarse en las dosis que el médico considere necesarias. En principio, 15 microgramos suelen proporcionar excelente resultado.

(1 mm. = milésima de miligramo = una unidad antianémica).

INGRAM LABORATORIOS DE MEXICO

MEXICO, D. F.

BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotóxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

Un tormento continuo



EL Prometeo de la antigua Mitología, encadenado a una roca y sometido a continuo tormento, del que la parte espiritual, su fracaso en proporcionar el Fuego Sagrado a la Humanidad, era más fuerte que el propiamente físico de ser deshecho a picotazos, nos trae a la memoria el doble tormento de las numerosas personas que en la actualidad sufren de hemorroides.



Su pena, afortunadamente puede ser eliminada en una forma rápida con el uso de los supositorios hemorroidales ANUSOL: un producto altamente indicado cuando la intervención quirúrgica no es conveniente. Los supositorios ANUSOL son terapéuticamente eficaces: alivian el dolor y eliminan la inflamación y la hemorragia. No producen efectos secundarios. De uso fácil.

William R. **WARNER** *and Co. Inc.*

DOCIGRAM

VITAMINA B₁₂

Reg. No. 34943 S. S. A.

FORMULA: Cada ampolleta contiene:

Vitamina B₁₂ cristalizada 15 microgramos.

Solución de cloruro de sodio al 0.8%, c. b. p. 2 cm.³

PRESENTACION: Caja con 5 ampolletas de 2 cm.³

El DOCIGRAM (Vitamina B₁₂) constituye el principio activo del extracto de hígado. Permite llevar a cabo la hepatoterapia en su forma más eficaz, administrando dosis precisas de un producto puro. Una sola inyección actúa durante largo tiempo, lo que simplifica mucho el tratamiento. El producto no provoca alergia y combate no sólo la anemia, sino también las lesiones nerviosas.

INDICACIONES: Tratamiento de las anemias macrocíticas de todo tipo (perniciosa de Biermer-Addison, nutritiva, de esprúe, embarazo, etc.).

Trastornos nutritivos generales originados por dietas insuficientes, y en particular pobres en proteínas animales. Como profilácticos, en el hipertiroidismo, embarazo, convalecencias en general, etc.

POSOLOGIA: El producto carece de toxicidad; puede administrarse en las dosis que el médico considere necesarias. En principio, 15 microgramos suelen proporcionar excelente resultado.

(1 mm. = milésima de miligramo = una unidad antianémica).

INGRAM LABORATORIOS DE MEXICO

MEXICO, D. F.

BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotóxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

Un tormento continuo



EL Prometeo de la antigua Mitología, encadenado a una roca y sometido a continuo tormento, del que la parte espiritual, su fracaso en proporcionar el Fuego Sagrado a la Humanidad, era más fuerte que el propiamente físico de ser deshecho a picotazos, nos trae a la memoria el doble tormento de las numerosas personas que en la actualidad sufren de hemorroides.



Su pena, afortunadamente puede ser eliminada en una forma rápida con el uso de los supositorios hemorroidales ANUSOL: un producto altamente indicado cuando la intervención quirúrgica no es conveniente. Los supositorios ANUSOL son terapéuticamente eficaces: alivian el dolor y eliminan la inflamación y la hemorragia. No producen efectos secundarios. De uso fácil.

William R. **WARNER** *and Co. Inc.*

ALEPSAL GENEVRIER

Comprimidos.

Fórmula:

Fenil-etil-malonilurea	0.10 g.
Polvo de hojas de Belladona	0.02 "
Silicato de Magnesio hidratado	0.05 "
Para un comprimido.	

PRESENTACION: En tubos de 20 comprimidos.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Neuro-sedante e hipnótico.

INDICACIONES: De gran eficacia en el tratamiento de la epilepsia, jaquecas, angustias, espasmos tanto cardiacos como vasculares e intestinales.

DOSIS: La que prescriba el Médico.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Reg. No. 11813 S.S.A.

"Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica. Su venta requiere receta de facultativo con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A. RUFF & CIA

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

NEFRO "OM"

AMPOLLETAS.

Fórmula:

Cada cm ³ . contiene el lisado de cultivo reciente de:		Estafilococos	150,000,000
Colibacilos	150,000,000	Enterococos	150,000,000
Estafilococos	150,000,000	Bacilos Proteus	150,000,000
Enterococos	150,000,000	Gérmenes todos ellos de razas aisladas de enfermos urológicos.	
Bacilos Proteus	150,000,000	Se emplean 0.000066 g. de Borato de Fenil-mercurio por litro de vacuna como conservador.	
Y el último filtrado de cultivo antiguo, varias veces filtrado y sembrado de:			
Colibacilos	150,000,000		

PRESENTACION: En cajas de 10 ampolletas de 3 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Medicación antigénica específica.

INDICACIONES: Vacunoterapia anti-colibacilar, anti-entero-estafilocócica y anti-bacilo-Proteus.

DOSIS: Una a dos ampolletas al día para el adulto; niños, la mitad de la dosis.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral

Reg. No. 30348 S.S.A.

"Consérvese constantemente entre 0° y 10° C."

A. RUFF & CIA

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

Una ayuda suave y segura



EL ciego confía en su perro que lo conduce en una forma suave, segura, incansable al punto de su destino...

En el caso de recargos intestinales, principalmente en los debidos a un peristaltismo defectuoso tiene usted, señor Doctor, un agente de acción suave, pero de resultados comprobados: AGAROL. Debido a que está constituido por una fina emulsión de aceite mineral, ablanda el contenido intestinal y el bolo fecal, al mismo tiempo que, mecánicamente, lubrica.

Además, como contiene una pequeña cantidad de fenoltaleína en leucobase, AGAROL incita el peristaltismo, completando en esa forma su acción. No contiene sustancias irritantes que perjudiquen las mucosas.



La próxima vez, prescriba usted AGAROL, cuya acción suave y eficaz hará que sus pacientes sigan teniendo en usted esa Fé y Confianza que son las mejores respuestas a su Capacidad Científica.

William R. **WARNER** *and Co. Inc.*

ALEPSAL GENEVRIER

Comprimidos.

Fórmula:

Fenil-etil-malonilurea	0.10 g.
Polvo de hojas de Belladona	0.02 "
Silicato de Magnesio hidratado	0.05 "
Para un comprimido.	

PRESENTACION: En tubos de 20 comprimidos.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Neuro-sedante e hipnótico.

INDICACIONES: De gran eficacia en el tratamiento de la epilepsia, jaquecas, angustias, espasmos tanto cardiacos como vasculares e intestinales.

DOSIS: La que prescriba el Médico.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Reg. No. 11813 S.S.A.

"Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica. Su venta requiere receta de facultativo con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A. RUFF & CIA

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

NEFRO "OM"

AMPOLLETAS.

Fórmula:

Cada cm ³ . contiene el lisado de cultivo reciente de:		Estafilococos	150,000,000
Colibacilos	150,000,000	Enterococos	150,000,000
Estafilococos	150,000,000	Bacilos Proteus	150,000,000
Enterococos	150,000,000	Gérmenes todos ellos de razas aisladas de enfermos urológicos.	
Bacilos Proteus	150,000,000	Se emplean 0.000066 g. de Borato de Fenil-mercurio por litro de vacuna como conservador.	
Y el último filtrado de cultivo antiguo, varias veces filtrado y sembrado de:			
Colibacilos	150,000,000		

PRESENTACION: En cajas de 10 ampolletas de 3 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Medicación antigénica específica.

INDICACIONES: Vacunoterapia anti-colibacilar, anti-entero-estafilocócica y anti-bacilo-Proteus.

DOSIS: Una a dos ampolletas al día para el adulto; niños, la mitad de la dosis.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral

Reg. No. 30348 S.S.A.

"Consérvese constantemente entre 0° y 10° C."

A. RUFF & CIA

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

Una ayuda suave y segura



EL ciego confía en su perro que lo conduce en una forma suave, segura, incansable al punto de su destino...

En el caso de recargos intestinales, principalmente en los debidos a un peristaltismo defectuoso tiene usted, señor Doctor, un agente de acción suave, pero de resultados comprobados: AGAROL. Debido a que está constituido por una fina emulsión de aceite mineral, ablanda el contenido intestinal y el bolo fecal, al mismo tiempo que, mecánicamente, lubrica.

Además, como contiene una pequeña cantidad de fenoltaleína en leucobase, AGAROL incita el peristaltismo, completando en esa forma su acción. No contiene sustancias irritantes que perjudiquen las mucosas.



La próxima vez, prescriba usted AGAROL, cuya acción suave y eficaz hará que sus pacientes sigan teniendo en usted esa Fé y Confianza que son las mejores respuestas a su Capacidad Científica.

William R. **WARNER** *and Co. Inc.*



Ledinac

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC*—

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico* FOLVITE*, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B ₁)	1,00 mg.
Riboflavina (B ₂)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B ₆)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

*Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

JOSE MARIA RICO 418 — APARTADO POSTAL 39 — MEXICO, D. F.

S U M A R I O

	Pág.
ROENTGENESTIMULACION HIPOFISO-OVARICA.—Por el Acad. Dr. Ricardo Sánchez Cordero.	215
PERINEO ANO-VULVECTOMIA Y VACIAMIENTO ORGANO PELVICO TOTAL EN CANCERES AVANZADOS DEL APARATO GENITAL FEMENINO.—Por el Acad. Dr. José García Noriega	239
EDITORIAL	248
TRABAJOS DE ESTUDIANTES	250
NOTICIAS	258
REVISTA DE PRENSA	265

Director.

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:
M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción,
DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugia de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.



Ledinac

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC*—

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico* FOLVITE*, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B ₁)	1,00 mg.
Riboflavina (B ₂)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B ₆)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

*Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

JOSE MARIA RICO 418 — APARTADO POSTAL 39 — MEXICO, D. F.

S U M A R I O

	Pág.
ROENTGENESTIMULACION HIPOFISO-OVARICA.—Por el Acad. Dr. Ricardo Sánchez Cordero.	215
PERINEO ANO-VULVECTOMIA Y VACIAMIENTO ORGANO PELVICO TOTAL EN CANCERES AVANZADOS DEL APARATO GENITAL FEMENINO.—Por el Acad. Dr. José García Noriega	239
EDITORIAL	248
TRABAJOS DE ESTUDIANTES	250
NOTICIAS	258
REVISTA DE PRENSA	265

Director.

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:
M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción,
DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugia de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los
respectivos autores.

'Histadyl'

(TENILPIRAMINA. LILLY)

En todo el mundo los médicos frecuentemente encuentran pacientes con síntomas de alergia. Se ha afirmado que existe cierto grado de hipersensibilidad hasta en un 50 por ciento y, alergia mayor en el 10 al 15 por ciento de la población. El 'Histadyl' es un antihistamínico superior, en extremo eficaz, cuyos efectos secundarios son relativamente más benignos y menos frecuentes. La diversidad de las manifestaciones alérgicas exige seleccionar un antihistamínico versátil.

El antihistamínico de su elección debe ser 'HISTADYL'

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA. E. U. A.



Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

MAYO 1950

NUM. 5

Roentgenestimulación Hipofiso-ovárica como Tratamiento en los casos de Esterilidad por Ginecopatías Funcionales Primitivas

*Trabajo reglamentario del Académico Dr. Ricardo Sánchez Cordero
Leído el 30 de Mayo de 1950.*

Tiene por finalidad este trabajo, informar a ustedes del adelanto actual que este tratamiento tiene en el extranjero, a juzgar por la literatura a nuestro alcance, y de nuestra propia experiencia. A pesar de que mi casuística es pequeña y los primeros casos observados tienen solamente 4 años de haber recibido tratamiento, es importante darles a conocer sus resultados muy especialmente por tratarse de un apasionante tema de actualidad.

I.—DEFINICION

Se debe entender por dosis estimulante o excitante de Rayos X, la que produce en los órganos un efecto biopositivo es decir, una elevación total de sus funciones sin alterar su mecanismo funcional o su estructura.

II.—CONSIDERACIONES GENERALES

Breve reseña histórica.—En 1905 Halberstaedter fué el primero que señaló la acción selectiva de los rayos roentgen sobre el ovario. Pocos años después, Beclere fué el primero en hacer notar el efecto favorable de la roentgenerapia sobre la hipófisis en la función menstrual,

'Histadyl'

(TENILPIRAMINA. LILLY)

En todo el mundo los médicos frecuentemente encuentran pacientes con síntomas de alergia. Se ha afirmado que existe cierto grado de hipersensibilidad hasta en un 50 por ciento y, alergia mayor en el 10 al 15 por ciento de la población. El 'Histadyl' es un antihistamínico superior, en extremo eficaz, cuyos efectos secundarios son relativamente más benignos y menos frecuentes. La diversidad de las manifestaciones alérgicas exige seleccionar un antihistamínico versátil.

El antihistamínico de su elección debe ser 'HISTADYL'

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA. E. U. A.



Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

MAYO 1950

NUM. 5

Roentgenestimulación Hipofiso-ovárica como Tratamiento en los casos de Esterilidad por Ginecopatías Funcionales Primitivas

*Trabajo reglamentario del Académico Dr. Ricardo Sánchez Cordero
Leído el 30 de Mayo de 1950.*

Tiene por finalidad este trabajo, informar a ustedes del adelanto actual que este tratamiento tiene en el extranjero, a juzgar por la literatura a nuestro alcance, y de nuestra propia experiencia. A pesar de que mi casuística es pequeña y los primeros casos observados tienen solamente 4 años de haber recibido tratamiento, es importante darles a conocer sus resultados muy especialmente por tratarse de un apasionante tema de actualidad.

I.—DEFINICION

Se debe entender por dosis estimulante o excitante de Rayos X, la que produce en los órganos un efecto biopositivo es decir, una elevación total de sus funciones sin alterar su mecanismo funcional o su estructura.

II.—CONSIDERACIONES GENERALES

Breve reseña histórica.—En 1905 Halberstaedter fué el primero que señaló la acción selectiva de los rayos roentgen sobre el ovario. Pocos años después, Beclere fué el primero en hacer notar el efecto favorable de la roentgenerapia sobre la hipófisis en la función menstrual,

confirmándolo Werner, notando Borak que la irradiación pituitaria mejoraba los síntomas climatéricos en la menopausia prematura. Bergonie, Tribondeau y Recamier junto con Deutsch Veia De Courmelle y Albers-Schoenberg produjeron las primeras castraciones de conejas, irradiando los ovarios, en 1909. Quien primero utilizó la roentgenterapia estimulante en el ciclo genital parece haber sido Van de Velde en 1914 y Frankel poco después que él, existiendo después numerosísimos trabajos de Thaler, Hirsch, Flateau, Seitz, Ediken, Mazer y Baer. Bruck y Fruchter. Desde que Van de Velde publicó sus primeros trabajos, el tratamiento estimulante de los Rayos X sobre la hipófisis y ovarios ha sido entusiastamente defendido y cordialmente atacado. En los tiempos modernos son incontables los autores que trabajan sobre este particular, mereciendo mención especial A. Baidins, L. Claesson y A. Westman en Europa; Mazer, Kaplan, Brooks, Jr., Haman y la Dra. Finkler en Estados Unidos; Guitarte, Peralta Ramos y Molinari en Argentina; Alvarez Bravo, Gallo y Melo en México, para ennumerar solamente los más conocidos de ellos.

Mucho se ha discutido de si existe o no dosis estimulante de Rayos X, habiendo actualmente divergencia de opiniones al respecto, pudiéndose concluir lo siguiente: el examen citológico e histológico de órganos irradiados en animales no ha evidenciado cambios fundamentales, lo que se comprende fácilmente al considerar que las modificaciones circulatorias del estroma o citológicas mismas se pierden con la muerte. Por lo contrario, la experimentación in vivo, ha podido contestar afirmativamente a la pregunta.

¿Cómo obran los Rayos X para estimular la función hipofisiaria y ovárica corrigiendo las perturbaciones menstruales, colocando a la mujer en condiciones de embarazarse?

No es fácil responder esta pregunta. Quienes se han dedicado a resolver esta incógnita no han podido demostrar nada categóricamente, hablando indistintamente sobre la acción de los Rayos X en la hipófisis, en los ovarios, en el sistema endócrino en general o en el sistema nervioso, y de este en especial sobre el hipotálamo. Se habla de acción simpática, térmica, hiperémica, irritativa folicular etc., multiplicándose las opiniones con notable divergencia de criterio. Ennumeraré sucintamente las principales ideas a este respecto, evitando aclarar el nombre

del autor por innecesario: obran por anulación del folículo inhibidor que no se ha roto oportunamente el que podría detener la ruptura de otros folículos maduros; por destrucción de los cuerpos amarillos persistentes que producirían una sobrecarga luteínica con el mismo resultado, lo que es poco probable por lo resistente a los Rayos X del cuerpo amarillo a estas bajas dosis; por acción del lóbulo anterior de la hipófisis directa sobre los ovarios interviniendo en la maduración folicular; por imponderables alteraciones bioquímicas tanto de la hipófisis como del ovario; por regulación de la circulación hipofiso-talámica la que permitiría un mejor funcionamiento de ella y de sus anexos nerviosos (zona hipofiso-talámica); por acción anti-inflamatoria sobre esta misma región modificando, lo que algunos llaman, la paraendocrinosis de los estrógenos o sea las lesiones a distancia creadas por una disfunción endócrina, independientemente del trastorno glandular primitivo; estimulando o inhibiendo selectivamente el mecanismo funcional ovárico o más simplemente perturbándolo debido a alteraciones bioquímicas dentro de la célula misma; por ruptura de quistes ováricos que inhibirían el mecanismo menstrual normal. Algunos autores se concretan a aceptar que se ignora el mecanismo como obran las bajas dosis de Rayos X en la regulación de las ginecopatías funcionales primitivas. En síntesis dos mecanismos fundamentales se han aceptado: el directo que obraría sobre el elemento celular mismo produciendo un efecto biopositivo celular más aparente por la modificación funcional que por la estructural y el indirecto, produciendo reacciones estrómicas y en particular vaso-dilatación con aumento de los procesos anabólicos y catabólicos celulares como consecuencia.

La divergencia de opiniones en cuanto al órgano que debe ser irradiado son también muy grandes ya que unos opinan que la irradiación estimulante debe hacerse primero sobre los ovarios y si el resultado no es satisfactorio, estimular la hipófisis; otros sugieren el camino inverso; hay quienes proponen la irradiación simultánea o sucesiva de ovarios e hipófisis; por último hay quienes afirman que los resultados de la irradiación ovárica son mucho menos brillantes cuando se asocia la irradiación hipofisiaria, teniendo la impresión personal de que la idea más favorablemente acogida es la de irradiar en primer término los ovarios y en caso de resultados negativos irradiar la hipófisis. Natural-

confirmándolo Werner, notando Borak que la irradiación pituitaria mejoraba los síntomas climatéricos en la menopausia prematura. Bergonie, Tribondeau y Recamier junto con Deutsch Veia De Courmelle y Albers-Schoenberg produjeron las primeras castraciones de conejas, irradiando los ovarios, en 1909. Quien primero utilizó la roentgenterapia estimulante en el ciclo genital parece haber sido Van de Velde en 1914 y Frankel poco después que él, existiendo después numerosísimos trabajos de Thaler, Hirsch, Flateau, Seitz, Ediken, Mazer y Baer. Bruck y Fruchter. Desde que Van de Velde publicó sus primeros trabajos, el tratamiento estimulante de los Rayos X sobre la hipófisis y ovarios ha sido entusiastamente defendido y cordialmente atacado. En los tiempos modernos son incontables los autores que trabajan sobre este particular, mereciendo mención especial A. Baidins, L. Claesson y A. Westman en Europa; Mazer, Kaplan, Brooks, Jr., Haman y la Dra. Finkler en Estados Unidos; Guitarte, Peralta Ramos y Molinari en Argentina; Alvarez Bravo, Gallo y Melo en México, para ennumerar solamente los más conocidos de ellos.

Mucho se ha discutido de si existe o no dosis estimulante de Rayos X, habiendo actualmente divergencia de opiniones al respecto, pudiérase concluir lo siguiente: el examen citológico e histológico de órganos irradiados en animales no ha evidenciado cambios fundamentales, lo que se comprende fácilmente al considerar que las modificaciones circulatorias del estroma o citológicas mismas se pierden con la muerte. Por lo contrario, la experimentación in vivo, ha podido contestar afirmativamente a la pregunta.

¿Cómo obran los Rayos X para estimular la función hipofisiaria y ovárica corrigiendo las perturbaciones menstruales, colocando a la mujer en condiciones de embarazarse?

No es fácil responder esta pregunta. Quienes se han dedicado a resolver esta incógnita no han podido demostrar nada categóricamente, hablando indistintamente sobre la acción de los Rayos X en la hipófisis, en los ovarios, en el sistema endócrino en general o en el sistema nervioso, y de este en especial sobre el hipotálamo. Se habla de acción simpática, térmica, hiperémica, irritativa folicular etc., multiplicándose las opiniones con notable divergencia de criterio. Ennumeraré sucintamente las principales ideas a este respecto, evitando aclarar el nombre

del autor por innecesario: obran por anulación del folículo inhibidor que no se ha roto oportunamente el que podría detener la ruptura de otros folículos maduros; por destrucción de los cuerpos amarillos persistentes que producirían una sobrecarga luteínica con el mismo resultado, lo que es poco probable por lo resistente a los Rayos X del cuerpo amarillo a estas bajas dosis; por acción del lóbulo anterior de la hipófisis directa sobre los ovarios interviniendo en la maduración folicular; por imponderables alteraciones bioquímicas tanto de la hipófisis como del ovario; por regulación de la circulación hipofiso-talámica la que permitiría un mejor funcionamiento de ella y de sus anexos nerviosos (zona hipofiso-talámica); por acción anti-inflamatoria sobre esta misma región modificando, lo que algunos llaman, la paraendocrinosis de los estrógenos o sea las lesiones a distancia creadas por una disfunción endócrina, independientemente del trastorno glandular primitivo; estimulando o inhibiendo selectivamente el mecanismo funcional ovárico o más simplemente perturbándolo debido a alteraciones bioquímicas dentro de la célula misma; por ruptura de quistes ováricos que inhibirían el mecanismo menstrual normal. Algunos autores se concretan a aceptar que se ignora el mecanismo como obran las bajas dosis de Rayos X en la regulación de las ginecopatías funcionales primitivas. En síntesis dos mecanismos fundamentales se han aceptado: el directo que obraría sobre el elemento celular mismo produciendo un efecto biopositivo celular más aparente por la modificación funcional que por la estructural y el indirecto, produciendo reacciones estrómicas y en particular vaso-dilatación con aumento de los procesos anabólicos y catabólicos celulares como consecuencia.

La divergencia de opiniones en cuanto al órgano que debe ser irradiado son también muy grandes ya que unos opinan que la irradiación estimulante debe hacerse primero sobre los ovarios y si el resultado no es satisfactorio, estimular la hipófisis; otros sugieren el camino inverso; hay quienes proponen la irradiación simultánea o sucesiva de ovarios e hipófisis; por último hay quienes afirman que los resultados de la irradiación ovárica son mucho menos brillantes cuando se asocia la irradiación hipofisiaria, teniendo la impresión personal de que la idea más favorablemente acogida es la de irradiar en primer término los ovarios y en caso de resultados negativos irradiar la hipófisis. Natural-

mente, si el cuadro patológico indica que la estimulación debe dirigirse fundamentalmente juzgado, el tratamiento cuando menos inicial, debe dirigirse hacia el órgano en hipofunción.

Es precisamente para seleccionar el órbano que debe ser estimulado en primer término que el gineco-obstetra necesita estudiar con detenimiento a su enferma haciendo un diagnóstico lo más exacto posible para establecer una precisa indicación en el tratamiento. El radioterapeuta fijará la técnica, la dosis, el modo de llevar a cabo el tratamiento, debiendo existir una íntima colaboración entre ambos para lo que es indispensable que el gineco-obstetra tenga nociones precisas sobre la energía radiante y que el fisio-terapeuta a su vez conozca lo fundamental de la fisopatología femenina para que la cooperación pueda llevarse a cabo armónicamente en beneficio de la enferma, eliminando en esta forma, el divorcio antes existente entre los dos especialistas.

III.—HECHOS EXPERIMENTALES Y CLINICOS QUE DEMUESTRAN SU EFICACIA

Hace poco más de 30 años que la efectividad de las dosis estimulantes de Rayos X ha sido demostrada en el campo experimental. En 1916, Hewer irradiando ovarios en ratas infantiles provocó madurez sexual, la que fué interpretada por Reidenberg como consecuencia de la irradiación secundaria de la hipófisis por tratarse de animales muy pequeños. Steinach y Kun irradiando ovarios en conejillos de Indias obtuvieron luteinización. En 1932 Epifanio y Cola obtuvieron rápido crecimiento de las conejas jóvenes irradiando hipófisis. Muchos otros trabajos de orden experimental han confirmado hasta la evidencia la efectividad de la roentgenestimulación sobre el sistema endócrino sexual, constituyendo a mi juicio redundancia insistir más en ello!

¿Por qué este tratamiento está en boga en el extranjero y ha sido acogido con tanto entusiasmo por algunos ginecólogos entre nosotros? Ello se debe a que los resultados son tan halagüeños y rápidos que no solamente sorprenden a las enfermas sino que también llaman la atención de los ginecólogos que empiezan a usarlo. Se ve un aumento rápido en la confianza al método que gana día a día numerosos adeptos. Satisface cada vez más su uso a quienes han observado los resultados

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

a través de los años habiendo adquirido ya para ellos, derecho de ciudadanía como método de elección para el tratamiento de las ginecopatías funcionales primitivas. Para quienes se interesan en los problemas de esterilidad y juzgan desapasionadamente sus resultados, en comparación con los obtenidos por el tratamiento clásico a base de hormonas, aquel procedimiento va tomando el primer lugar con enormes ventajas sobre sus predecesores. Obra estimulando las funciones alejadas del conjunto endócrino-ginecológico y no por substitución. Cuando estos tratamientos empezaron a usarse las candidatas eran mujeres que por largos años habían sufrido los más varidos, severos y graves tratamientos pluriglandulares obteniendo solamente mediocres y muy pasajeros resultados. Fueron estas enfermas las que vieron curadas sus dolencias, ocupado su útero desarrollando embarazos e hijos normales, muchas de ellas con sólo 2 ó 3 sesiones de radioterapia estimulante. Guitarte afirma que curan: el 70% de las amenorreas, el 80% de las oligomenorreas, el 60% de las hipermenorreas, el 50% de las metropatías funcionales, el 60% de las algomenorreas y se ha conseguido embarazo en el 55% de los casos cuando la causa ha sido insuficiencia ovárica primitiva, con embarazos, partos y salud de los hijos similares a los no radiados. Haman concluye en su publicación de 1946 en la Revista Americana de la Sociedad de Estudio para la Esterilidad que las bajas dosis de radiaciones sobre hipófisis y ovarios tuvieron éxito en la restauración de la normalidad de la función menstrual a juzgar por la curva de temperatura basal y el estudio biopsico de endometrio en 71% de los 32 casos de amenorrea tratados y con 66% de embarazos en 18 mujeres que sufrían esterilidad y amenorrea todos con descendencia normal. Kaplan, en su trabajo publicado en el American Journal of Roentgenology de Marzo de 48 afirma que: de 338 pacientes tratadas hasta 1948, 274 fueron adecuadamente observadas con los siguientes resultados: curaron 12 solteras y 198 casadas y fracasó el tratamiento en 9 solteras y 55 casadas en quienes la menstruación normal no pudo ser restaurada. De las 198 casadas cuya menstruación se regularizó, 90 resultaron embarazadas y dieron a luz productos a término normales entre los que hubo un embarazo gemelar; 4 todavía estaban embarazadas al hacerse el reporte y 32 también se embarazaron pero hubo producto muerto o murieron al nacer

mente, si el cuadro patológico indica que la estimulación debe dirigirse fundamentalmente juzgado, el tratamiento cuando menos inicial, debe dirigirse hacia el órgano en hipofunción.

Es precisamente para seleccionar el órbano que debe ser estimulado en primer término que el gineco-obstetra necesita estudiar con detenimiento a su enferma haciendo un diagnóstico lo más exacto posible para establecer una precisa indicación en el tratamiento. El radioterapeuta fijará la técnica, la dosis, el modo de llevar a cabo el tratamiento, debiendo existir una íntima colaboración entre ambos para lo que es indispensable que el gineco-obstetra tenga nociones precisas sobre la energía radiante y que el fisio-terapeuta a su vez conozca lo fundamental de la fisopatología femenina para que la cooperación pueda llevarse a cabo armónicamente en beneficio de la enferma, eliminando en esta forma, el divorcio antes existente entre los dos especialistas.

III.—HECHOS EXPERIMENTALES Y CLINICOS QUE DEMUESTRAN SU EFICACIA

Hace poco más de 30 años que la efectividad de las dosis estimulantes de Rayos X ha sido demostrada en el campo experimental. En 1916, Hewer irradiando ovarios en ratas infantiles provocó madurez sexual, la que fué interpretada por Reidenberg como consecuencia de la irradiación secundaria de la hipófisis por tratarse de animales muy pequeños. Steinach y Kun irradiando ovarios en conejillos de Indias obtuvieron luteinización. En 1932 Epifanio y Cola obtuvieron rápido crecimiento de las conejas jóvenes irradiando hipófisis. Muchos otros trabajos de orden experimental han confirmado hasta la evidencia la efectividad de la roentgenestimulación sobre el sistema endócrino sexual, constituyendo a mi juicio redundancia insistir más en ello!.

¿Por qué este tratamiento está en boga en el extranjero y ha sido acogido con tanto entusiasmo por algunos ginecólogos entre nosotros? Ello se debe a que los resultados son tan halagüenos y rápidos que no solamente sorprenden a las enfermas sino que también llaman la atención de los ginecólogos que empiezan a usarlo. Se ve un aumento rápido en la confianza al método que gana día a día numerosos adeptos. Satisface cada vez más su uso a quienes han observado los resultados

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

a través de los años habiendo adquirido ya para ellos, derecho de ciudadanía como método de elección para el tratamiento de las ginecopatías funcionales primitivas. Para quienes se interesan en los problemas de esterilidad y juzgan desapasionadamente sus resultados, en comparación con los obtenidos por el tratamiento clásico a base de hormonas, aquel procedimiento va tomando el primer lugar con enormes ventajas sobre sus predecesores. Obra estimulando las funciones alestargadas del conjunto endócrino-ginecológico y no por substitución. Cuando estos tratamientos empezaron a usarse las candidatas eran mujeres que por largos años habían sufrido los más varidos, severos y gravesos tratamientos pluriglandulares obteniendo solamente mediocres y muy pasajeros resultados. Fueron estas enfermas las que vieron curadas sus dolencias, ocupado su útero desarrollando embarazos e hijos normales, muchas de ellas con sólo 2 ó 3 sesiones de radioterapia estimulante. Guitarte afirma que curan: el 70% de las amenorreas, el 80% de las oligomenorreas, el 60% de las hipermenorreas, el 50% de las metropatías funcionales, el 60% de las algomenorreas y se ha conseguido embarazo en el 55% de los casos cuando la causa ha sido insuficiencia ovárica primitiva, con embarazos, partos y salud de los hijos similares a los no radiados. Haman concluye en su publicación de 1946 en la Revista Americana de la Sociedad de Estudio para la Esterilidad que las bajas dosis de radiaciones sobre hipófisis y ovarios tuvieron éxito en la restauración de la normalidad de la función menstrual a juzgar por la curva de temperatura basal y el estudio biopsico de endometrio en 71% de los 32 casos de amenorrea tratados y con 66% de embarazos en 18 mujeres que sufrían esterilidad y amenorrea todos con descendencia normal. Kaplan, en su trabajo publicado en el American Journal of Roentgenology de Marzo de 48 afirma que: de 338 pacientes tratadas hasta 1948, 274 fueron adecuadamente observadas con los siguientes resultados: curaron 12 solteras y 198 casadas y fracasó el tratamiento en 9 solteras y 55 casadas en quienes la menstruación normal no pudo ser restaurada. De las 198 casadas cuya menstruación se regularizó, 90 resultaron embarazadas y dieron a luz productos a término normales entre los que hubo un embarazo gemelar; 4 todavía estaban embarazadas al hacerse el reporte y 32 también se embarazaron pero hubo producto muerto o murieron al nacer

y entre ellos hubo un aborto terapéutico y 2 embarazos ectópicos. No aclara el autor la causa por la que no hubo embarazos en el resto de las casadas que normalizaron sus reglas con el tratamiento, perdiendo por lo tanto valor la interpretación de su estadística en cuanto a cifras absolutas se refiere.

En 775 enfermas tratadas por Reidenberg hasta 1943, en el 56.6% de los casos se obtuvo éxito en cuanto a las manifestaciones de insuficiencia ovárica se refería. En lo que toca a esterilidad por insuficiencia ovárica anovulatoria, los éxitos oscilaron entre el 30 y 40% quedando comprendidos los casos entre los 20 y los 30 años de edad.

Son incontables los casos clínicos resumidos existentes actualmente en la literatura médica para pretender insistir en la bondad del tratamiento apoyados en ellos. Sería una descripción excesivamente prolija, hasta cierto punto inútil, el enunciar los casos tipos de los autores que estudian este punto actualmente y que han publicado sus trabajos. Estos, por el prestigio de la firma que los calza, nos deben merecer confianza.

La biopsia de endometrio y el estudio de la descamación vaginal han venido a demostrar en forma evidente las modificaciones funcionales del ovario después de la roentgenestimulación. La introducción de las gráficas de la temperatura basal, han venido a facilitar considerablemente la interpretación de los resultados de estos tratamientos simplificando considerablemente el medio por el cuál se puede juzgar del momento de la ovulación constituyendo un avance considerable para juzgar de los resultados, ya que es medio económico y práctico para el clínico. Greulich y Davis puntualizan que la gráfica de temperatura basal es suficientemente precisa para poder fijar el momento de la ovulación habiendo presentado numerosos y bien documentados trabajos a este respecto. Naturalmente que existen numerosas causas de error para poder justipreciar los hechos en los casos tratados con roentgen estimulación bajo el caleidoscópico aspecto de sus indicaciones.

IV.—INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La roentgenestimulación debe usarse en los casos de ginecopatías funcionales primitivas en especial en la insuficiencia ovárica anovula-

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

toria y cuando existe un déficit funcional hipofisiario en cuanto se refiere a su función estimuladora sobre el propio ovario, por ejemplo en el síndrome adiposo-genital tipo Frölich. Los brillantes resultados obtenidos por muchos autores se deben a que la selección de los casos ha sido rigurosa, sin sujetar a las enfermas a estos tratamientos a granel. Por ésto un examen clínico minucioso aprovechando la ayuda del gabinete y laboratorio, en cuanto estos sean necesarios, es la base para el éxito del tratamiento, ya que la técnica en su aplicación es fácil teniendo el equipo necesario para estos tratamientos. También pueden ser tratadas, sin que las estadísticas informen de alto por ciento en las curaciones, los casos de amenorreas con ligera hipoplasia uterina y ovarios esclero-quísticos.

Las contraindicaciones son: insuficiencias ováricas asociadas a insuficiencias pluri-glandulares y con insuficiencia hipofisiaria grave (con perturbación del metabolismo acuoso, laxitud ligamentaria sin leyo-miastenia o alteraciones de la silla turca al estudio radiológico, poder especificodinámico profundamente perturbado). Los casos de amenorrea secundarios a enfermedades de orden general como tuberculosis, bruceosis, enfermedades hepáticas, renales, cardiopatías o sistémicas etc.; en las amenorreas fisiológicas, en las celulitis pélvicas, en las malformaciones congénitas o adquiridas, en los procesos inflamatorios agudos o crónicos y sus consecuencias (obstrucciones). Con respecto a estas últimas, puede regularse la función perturbada de los ovarios pero no tratarlas con finalidad de obtener embarazo, por razones obvias.

Al considerar que la mayor parte de las enfermas con ginecopatías funcionales primitivas constituyen la gran mayoría de casos con amenorrea y esterilidad secundaria se ocurre una pregunta: ¿por qué este procedimiento no ha entrado como medida terapéutica rutinaria en los servicios de ginecología públicos o privados de muchos países? Esto se debe a causas de orden económico y a los prejuicios existentes tanto en enfermas como en un crecido número de médicos que no han estudiado detenidamente el alcance y valor de este tratamiento.

El problema económico se refiere a la posibilidad de contar con un servicio debidamente equipado y provisto de técnicos que sepan manejar la radioterapia. Pero no es en realidad el problema económico

y entre ellos hubo un aborto terapéutico y 2 embarazos ectópicos. No aclara el autor la causa por la que no hubo embarazos en el resto de las casadas que normalizaron sus reglas con el tratamiento, perdiendo por lo tanto valor la interpretación de su estadística en cuanto a cifras absolutas se refiere.

En 775 enfermas tratadas por Reidenberg hasta 1943, en el 56.6% de los casos se obtuvo éxito en cuanto a las manifestaciones de insuficiencia ovárica se refería. En lo que toca a esterilidad por insuficiencia ovárica anovulatoria, los éxitos oscilaron entre el 30 y 40% quedando comprendidos los casos entre los 20 y los 30 años de edad.

Son incontables los casos clínicos resumidos existentes actualmente en la literatura médica para pretender insistir en la bondad del tratamiento apoyados en ellos. Sería una descripción excesivamente prolija, hasta cierto punto inútil, el enunciar los casos tipos de los autores que estudian este punto actualmente y que han publicado sus trabajos. Estos, por el prestigio de la firma que los calza, nos deben merecer confianza.

La biopsia de endometrio y el estudio de la descamación vaginal han venido a demostrar en forma evidente las modificaciones funcionales del ovario después de la roentgenestimulación. La introducción de las gráficas de la temperatura basal, han venido a facilitar considerablemente la interpretación de los resultados de estos tratamientos simplificando considerablemente el medio por el cuál se puede juzgar del momento de la ovulación constituyendo un avance considerable para juzgar de los resultados, ya que es medio económico y práctico para el clínico. Greulich y Davis puntualizan que la gráfica de temperatura basal es suficientemente precisa para poder fijar el momento de la ovulación habiendo presentado numerosos y bien documentados trabajos a este respecto. Naturalmente que existen numerosas causas de error para poder justipreciar los hechos en los casos tratados con roentgen estimulación bajo el caleidoscópico aspecto de sus indicaciones.

IV.—INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La roentgenestimulación debe usarse en los casos de ginecopatías funcionales primitivas en especial en la insuficiencia ovárica anovula-

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

toria y cuando existe un déficit funcional hipofisiario en cuanto se refiere a su función estimuladora sobre el propio ovario, por ejemplo en el síndrome adiposo-genital tipo Frölich. Los brillantes resultados obtenidos por muchos autores se deben a que la selección de los casos ha sido rigurosa, sin sujetar a las enfermas a estos tratamientos a granel. Por ésto un examen clínico minucioso aprovechando la ayuda del gabinete y laboratorio, en cuanto estos sean necesarios, es la base para el éxito del tratamiento, ya que la técnica en su aplicación es fácil teniendo el equipo necesario para estos tratamientos. También pueden ser tratadas, sin que las estadísticas informen de alto por ciento en las curaciones, los casos de amenorreas con ligera hipoplasia uterina y ovarios esclero-quísticos.

Las contraindicaciones son: insuficiencias ováricas asociadas a insuficiencias pluri-glandulares y con insuficiencia hipofisiaria grave (con perturbación del metabolismo acuoso, laxitud ligamentaria sin leyo-miastenia o alteraciones de la silla turca al estudio radiológico, poder especificodinámico profundamente perturbado). Los casos de amenorrea secundarios a enfermedades de orden general como tuberculosis, bruceosis, enfermedades hepáticas, renales, cardiopatías o sistémicas etc.; en las amenorreas fisiológicas, en las celulitis pélvicas, en las malformaciones congénitas o adquiridas, en los procesos inflamatorios agudos o crónicos y sus consecuencias (obstrucciones). Con respecto a estas últimas, puede regularse la función perturbada de los ovarios pero no tratarlas con finalidad de obtener embarazo, por razones obvias.

Al considerar que la mayor parte de las enfermas con ginecopatías funcionales primitivas constituyen la gran mayoría de casos con amenorrea y esterilidad secundaria se ocurre una pregunta: ¿por qué este procedimiento no ha entrado como medida terapéutica rutinaria en los servicios de ginecología públicos o privados de muchos países? Esto se debe a causas de orden económico y a los prejuicios existentes tanto en enfermas como en un crecido número de médicos que no han estudiado detenidamente el alcance y valor de este tratamiento.

El problema económico se refiere a la posibilidad de contar con un servicio debidamente equipado y provisto de técnicos que sepan manejar la radioterapia. Pero no es en realidad el problema económico

el que ha retardado la generalización de esta terapéutica sino más bien el prejuicio de muchos médicos y la ignorancia del vulgo. Muchos médicos piensan aún en los resultados catastróficos de la irradiación ovárica o hipofisiaria, atribuyendo a este procedimiento los efectos destructivos de la castración radiológica o la atrofia completa de los órganos genitales tratados con radium o Rayos X en los casos de cánceres. Interfieren a hurtadillas en las indicaciones del especialista afirmando que son tratamientos peligrosos para la salud y la función sexual. Ignoran el progreso fisioterápico, el mejoramiento de las técnicas, la eliminación práctica de todos los peligros, de la selección rigurosa de los casos y de la existencia cierta de dosis estimulante. Es muy frecuente ver a las enfermas interrumpir sus tratamientos cuando han consultado o con un no especialista o con un gineco-obstetra que desconoce este tratamiento en sus bases y en su aplicación. Por ello, el especialista se vé obligado a hacer gran esfuerzo de convencimiento para poder vencer todas estas ideas erróneas. En realidad el método es sencillo en su aplicación, rápido en su efecto, con elevado por ciento de curaciones y hasta ahora no se han podido demostrar complicaciones en la mujer o su descendencia. Vale la pena recordar que la dosis estimulante es tan sólo del 15 al 30% de la dosis que produce castración temporal y por lo tanto muy diferente en sus efectos.

Experimentalmente no se han podido demostrar lesiones severas del ovario con estas dosis. Guggiberg, con dosis débiles sobre ovarios en las ratas, no observa cambio en el carácter fenotípico en la primera descendencia apareciendo esterilidad en la segunda. Lacassagne y Coutard irradiaron 50 conejas con dosis bajas (?); todas parieron hijos aparentemente sanos muriendo la mitad a los pocos meses; los que sobrevivieron crecieron bien pero mostraron baja en las defensas a las infecciones intestinales. En cuanto a los hechos en clínica, Seitz afirma que se debe ser cauto para interpretar los resultados, debiendo esperar lo suficiente para concluir con mayor seguridad, de acuerdo con los efectos de los Rayos X en la segunda o tercera generaciones. Lenz afirma que puede haber alteraciones en la masa hereditaria, idioquínéticas, comportándose en forma recesiva estos efectos, debiendo esperar las degeneraciones de la segunda descendencia a las siguientes.

Dalche habla de lesiones indelebles en el ovocito, sin aclarar la técnica usada en sus observaciones.

Todos estos conceptos se han derivado de la utilización de la dosis para castración temporal sin tomar en consideración que las dosis estimulantes son mucho más bajas. Fels no ha podido encontrar cambios histológicos en los ovarios de enfermas irradiadas con dosis estimulantes, aprovechando los casos en que se han practicado intervenciones ginecológicas en enfermas irradiadas meses antes, con una dosis de 40 r sobre cada ovario. Sin embargo los más cautos han pensado en las posibles alteraciones ováricas y del ovocito con las consecuentes perturbaciones genéticas las que no podrían ser demostradas al examen histológico existiendo solamente en los genes lo que facilitaría la aparición de complejos mórbidos en la descendencia. Si esto fuera cierto, la mujer daría nacimiento a un heterozigótico muy peligroso por ser fenotípicamente sano y genotípicamente patológico con núcleos recesivos que se transmitirán a las generaciones siguientes hasta afectar el carácter fenotípico de la descendencia cuando su gameta se uniera con núcleos recesivos de otra gameta de heterozigótico. Por ello, dicen, no debemos conformarnos con que el hijo sea sano, siendo el heterozigótico siempre intermediario pueden aparecer los caracteres patológicos fenotípicos en la segunda o tercera generación, debiendo recordar que los caracteres patológicos en la descendencia deben interpretarse no solamente a través de las grandes anomalías en el desarrollo y conformación (displasias, aplasias etc.) sino a través de ligeros desequilibrios en las condiciones fisiológicas para que la naturaleza íntima del individuo se resienta repercutiendo ello sobre la descendencia.

Si como remota posibilidad en la segunda, tercera o cuarta generación pudiera aparecer un descendiente con defectos imputables a la energía radiante que recibió el óvulo bis-abuelo o abuelo, estaremos obligados a prohibir el embarazo de las enfermas irradiadas lo que por ahora es solamente motivo de lucubración.

Si consideramos que el folículo maduro es el más sensible al tratamiento radioterápico, nos explicamos porque algunos autores proponen que las enfermas que han recibido tratamientos roentgenestimulantes sobre ovarios, no se embaracen hasta pasados 6 meses del tratamiento radioterápico, ya que en esta forma, podrían eliminarse los ovo-

el que ha retardado la generalización de esta terapéutica sino más bien el prejuicio de muchos médicos y la ignorancia del vulgo. Muchos médicos piensan aún en los resultados catastróficos de la irradiación ovárica o hipofisiaria, atribuyendo a este procedimiento los efectos destructivos de la castración radiológica o la atrofia completa de los órganos genitales tratados con radium o Rayos X en los casos de cánceres. Interfieren a hurtadillas en las indicaciones del especialista afirmando que son tratamientos peligrosos para la salud y la función sexual. Ignoran el progreso fisioterápico, el mejoramiento de las técnicas, la eliminación práctica de todos los peligros, de la selección rigurosa de los casos y de la existencia cierta de dosis estimulante. Es muy frecuente ver a las enfermas interrumpir sus tratamientos cuando han consultado o con un no especialista o con un gineco-obstetra que desconoce este tratamiento en sus bases y en su aplicación. Por ello, el especialista se vé obligado a hacer gran esfuerzo de convencimiento para poder vencer todas estas ideas erróneas. En realidad el método es sencillo en su aplicación, rápido en su efecto, con elevado por ciento de curaciones y hasta ahora no se han podido demostrar complicaciones en la mujer o su descendencia. Vale la pena recordar que la dosis estimulante es tan sólo del 15 al 30% de la dosis que produce castración temporal y por lo tanto muy diferente en sus efectos.

Experimentalmente no se han podido demostrar lesiones severas del ovario con estas dosis. Guggiberg, con dosis débiles sobre ovarios en las ratas, no observa cambio en el carácter fenotípico en la primera descendencia apareciendo esterilidad en la segunda. Lacassagne y Coutard irradiaron 50 conejas con dosis bajas (?); todas parieron hijos aparentemente sanos muriendo la mitad a los pocos meses; los que sobrevivieron crecieron bien pero mostraron baja en las defensas a las infecciones intestinales. En cuanto a los hechos en clínica, Seitz afirma que se debe ser cauto para interpretar los resultados, debiendo esperar lo suficiente para concluir con mayor seguridad, de acuerdo con los efectos de los Rayos X en la segunda o tercera generaciones. Lenz afirma que puede haber alteraciones en la masa hereditaria, idioquínéticas, comportándose en forma recesiva estos efectos, debiendo esperar las degeneraciones de la segunda descendencia a las siguientes.

Dalche habla de lesiones indelebles en el ovocito, sin aclarar la técnica usada en sus observaciones.

Todos estos conceptos se han derivado de la utilización de la dosis para castración temporal sin tomar en consideración que las dosis estimulantes son mucho más bajas. Fels no ha podido encontrar cambios histológicos en los ovarios de enfermas irradiadas con dosis estimulantes, aprovechando los casos en que se han practicado intervenciones ginecológicas en enfermas irradiadas meses antes, con una dosis de 40 r sobre cada ovario. Sin embargo los más cautos han pensado en las posibles alteraciones ováricas y del ovocito con las consecuentes perturbaciones genéticas las que no podrían ser demostradas al examen histológico existiendo solamente en los genes lo que facilitaría la aparición de complejos mórbidos en la descendencia. Si esto fuera cierto, la mujer daría nacimiento a un heterozigótico muy peligroso por ser fenotípicamente sano y genotípicamente patológico con núcleos recesivos que se transmitirán a las generaciones siguientes hasta afectar el carácter fenotípico de la descendencia cuando su gameta se uniera con núcleos recesivos de otra gameta de heterozigótico. Por ello, dicen, no debemos conformarnos con que el hijo sea sano, siendo el heterozigótico siempre intermediario pueden aparecer los caracteres patológicos fenotípicos en la segunda o tercera generación, debiendo recordar que los caracteres patológicos en la descendencia deben interpretarse no solamente a través de las grandes anomalías en el desarrollo y conformación (displasias, aplasias etc.) sino a través de ligeros desequilibrios en las condiciones fisiológicas para que la naturaleza íntima del individuo se resienta repercutiendo ello sobre la descendencia.

Si como remota posibilidad en la segunda, tercera o cuarta generación pudiera aparecer un descendiente con defectos imputables a la energía radiante que recibió el óvulo bis-abuelo o abuelo, estaremos obligados a prohibir el embarazo de las enfermas irradiadas lo que por ahora es solamente motivo de lucubración.

Si consideramos que el foliculo maduro es el más sensible al tratamiento radioterápico, nos explicamos porque algunos autores proponen que las enfermas que han recibido tratamientos roentgenestimulantes sobre ovarios, no se embaracen hasta pasados 6 meses del tratamiento radioterápico, ya que en esta forma, podrían eliminarse los ovo-

citos dañados por el tratamiento y ser fecundado el que produjeran folículos que no resintieron daño por haber recibido la radiación en un período en que no son sensibles a la misma. Este lapso debe ser como mínimo de 6 meses para unos autores y de 3 para otros.

Para Kaplan el peligro mencionado no existe habiendo observado enfermas tratadas con primera y segunda generación sanas. Haman en 1946 afirmó que nadie estaba capacitado para demostrar que las bajas dosis de Rayos X, convenientemente suministradas, hubieran traído perjuicios a la enferma o a su descendencia. Afirma Brokos Jr. que de 245 enfermas irradiadas todas tuvieron descendencia sana y normal. Mazer refiere un caso de amenorrea permanente en una mujer de 27 años con falta de reglas de un año antes del tratamiento y que presentó después del mismo síntomas de menopausia y falta absoluta de reglas.

V.—TECNICA Y CONCEPTO DE DOSIS

Para llevar a cabo este tratamiento debe sujetarse a la enferma a una serie de indicaciones por parte del ginecólogo que nunca deben quebrantarse: reacción de Friedman en caso sospechoso de embarazo; eliminar la posibilidad de embarazo en 3 a 6 meses, según la dosis suministrada, después de terminado el tratamiento; cooperar con el médico para la toma de la temperatura basal y para que se puedan tomar las biopsias de endometrio necesarias, pudiendo juzgar así de la mejoría. Debe suspender todo tratamiento hormonal cuando menos en los primeros intentos del tratamiento roentgenestimulante.

Además de las considerables variaciones existentes en cuanto a el órgano por estimular ya anotadas con anterioridad, las modificaciones en la técnica y la dosis han pasado por muy variados aspectos. Cuando estos tratamientos empezaron a entrar en boga en la segunda y tercera década del siglo en que vivimos, las variaciones de un autor a otro eran considerables. Esta divergencia de opinión, ha venido sufriendo un ajuste, pudieramos decir, en forma tal que a la fecha las diferencias tanto en cuanto a técnica como en cuanto a dosis se refiere son ya pequeñas existiendo un criterio más o menos uniforme con este respecto.

Sin tratar de enumerar las variadísimas técnicas que se han usa-

do, quiero hacer referencia a las que actualmente usan la mayor parte de los autores y a la utilizada por mí.

Quienes abogan por el tratamiento sobre ovarios, con exclusión de la irradiación de la hipófisis, dan a la enferma 3 aplicaciones sobre ovarios una por semana dando de 80 a 150 dosis piel por sesión con distancia focal 40 a 50 cms., 150 Kv. con filtración de medio de cobre y uno de aluminio y 6 ma., haciendo hincapié en que las aplicaciones deben ser dadas con bajo miliamperaje para que la duración del tratamiento sea mayor. Proponen en la primera sesión irradiar un ovario, en la segunda el otro por delante y en la tercera sesión los 2 por atrás. En caso de no obtener el resultado apetecido se puede repetir la serie una o dos veces con descanso de dos a cuatro meses entre cada una.

Los que abogan por tratamiento radioterápico, simultáneo sobre hipófisis y ovarios proponen dar 75 r dosis piel por sesión sobre hipófisis y 75 sobre ovarios derecho e izquierdo o los dos al mismo tiempo; una sesión por semana en cada campo, 3 sesiones en total en cada uno, variando los factores: voltaje de 135 a 200 Kv., la distancia de 30 a 50 cms. foco piel, el miliamperaje de 3 a 15 ma. y el filtro unos con 6 mm. de aluminio, otros utilizando medio de cobre y uno de aluminio lo que no tiene verdaderamente importancia si tomamos en consideración las equivalencias de filtración de estos metales. Esta serie puede repetirse uno o dos meses después si el resultado no es satisfactorio. Debo aclarar que hay muchas variaciones en detalles de técnica de un autor a otro.

Haman en su publicación de 1946, hace referencia a 38 enfermas tratadas de las que 18 tenían amenorrea y esterilidad. De ellas trató 11 con la técnica de Edeiken (135 Kv. 3 ma. distancia de 40 cms. 6 mm. de aluminio de filtración con un sólo campo anterior pélvico de 20 x 20 con 50 r por sesión y campo de 3 x 3 sobre hipófisis con igual dosis) obteniendo 55% de restauración en la ovulación, y embarazándose 5 de 8 enfermas tratadas. Subiendo la dosis con técnica propia a 225 r en un grupo y a 300 r en otro en total utilizando 150 Kv. con 15 ma. distancia de 50 cms. con 5 mm. de aluminio para los primeros casos y 200 Kv. y variando la filtración con medio mm. de cobre y uno de aluminio en los segundos, el 100% recobró la ovulación en el primer grupo y el 60% con la segunda técnica. Tratándose de esterilidad,

citos dañados por el tratamiento y ser fecundado el que produjeran folículos que no resintieron daño por haber recibido la radiación en un período en que no son sensibles a la misma. Este lapso debe ser como mínimo de 6 meses para unos autores y de 3 para otros.

Para Kaplan el peligro mencionado no existe habiendo observado enfermas tratadas con primera y segunda generación sanas. Haman en 1946 afirmó que nadie estaba capacitado para demostrar que las bajas dosis de Rayos X, convenientemente suministradas, hubieran traído perjuicios a la enferma o a su descendencia. Afirma Brokos Jr. que de 245 enfermas irradiadas todas tuvieron descendencia sana y normal. Mazer refiere un caso de amenorrea permanente en una mujer de 27 años con falta de reglas de un año antes del tratamiento y que presentó después del mismo síntomas de menopausia y falta absoluta de reglas.

V.—TECNICA Y CONCEPTO DE DOSIS

Para llevar a cabo este tratamiento debe sujetarse a la enferma a una serie de indicaciones por parte del ginecólogo que nunca deben quebrantarse: reacción de Friedman en caso sospechoso de embarazo; eliminar la posibilidad de embarazo en 3 a 6 meses, según la dosis suministrada, después de terminado el tratamiento; cooperar con el médico para la toma de la temperatura basal y para que se puedan tomar las biopsias de endometrio necesarias, pudiendo juzgar así de la mejoría. Debe suspender todo tratamiento hormonal cuando menos en los primeros intentos del tratamiento roentgenestimulante.

Además de las considerables variaciones existentes en cuanto a el órgano por estimular ya anotadas con anterioridad, las modificaciones en la técnica y la dosis han pasado por muy variados aspectos. Cuando estos tratamientos empezaron a entrar en boga en la segunda y tercera década del siglo en que vivimos, las variaciones de un autor a otro eran considerables. Esta divergencia de opinión, ha venido sufriendo un ajuste, pudieramos decir, en forma tal que a la fecha las diferencias tanto en cuanto a técnica como en cuanto a dosis se refiere son ya pequeñas existiendo un criterio más o menos uniforme con este respecto.

Sin tratar de enumerar las variadísimas técnicas que se han usa-

do, quiero hacer referencia a las que actualmente usan la mayor parte de los autores y a la utilizada por mí.

Quienes abogan por el tratamiento sobre ovarios, con exclusión de la irradiación de la hipófisis, dan a la enferma 3 aplicaciones sobre ovarios una por semana dando de 80 a 150 dosis piel por sesión con distancia focal 40 a 50 cms., 150 Kv. con filtración de medio de cobre y uno de aluminio y 6 ma., haciendo hincapié en que las aplicaciones deben ser dadas con bajo miliamperaje para que la duración del tratamiento sea mayor. Proponen en la primera sesión irradiar un ovario, en la segunda el otro por delante y en la tercera sesión los 2 por atrás. En caso de no obtener el resultado apetecido se puede repetir la serie una o dos veces con descanso de dos a cuatro meses entre cada una.

Los que abogan por tratamiento radioterápico, simultáneo sobre hipófisis y ovarios proponen dar 75 r dosis piel por sesión sobre hipófisis y 75 sobre ovarios derecho e izquierdo o los dos al mismo tiempo; una sesión por semana en cada campo, 3 sesiones en total en cada uno, variando los factores: voltaje de 135 a 200 Kv., la distancia de 30 a 50 cms. foco piel, el miliamperaje de 3 a 15 ma. y el filtro unos con 6 mm. de aluminio, otros utilizando medio de cobre y uno de aluminio lo que no tiene verdaderamente importancia si tomamos en consideración las equivalencias de filtración de estos metales. Esta serie puede repetirse uno o dos meses después si el resultado no es satisfactorio. Debo aclarar que hay muchas variaciones en detalles de técnica de un autor a otro.

Haman en su publicación de 1946, hace referencia a 38 enfermas tratadas de las que 18 tenían amenorrea y esterilidad. De ellas trató 11 con la técnica de Edeiken (135 Kv. 3 ma. distancia de 40 cms. 6 mm. de aluminio de filtración con un sólo campo anterior pélvico de 20 x 20 con 50 r por sesión y campo de 3 x 3 sobre hipófisis con igual dosis) obteniendo 55% de restauración en la ovulación, y embarazándose 5 de 8 enfermas tratadas. Subiendo la dosis con técnica propia a 225 r en un grupo y a 300 r en otro en total utilizando 150 Kv. con 15 ma. distancia de 50 cms. con 5 mm. de aluminio para los primeros casos y 200 Kv. y variando la filtración con medio mm. de cobre y uno de aluminio en los segundos, el 100% recobró la ovulación en el primer grupo y el 60% con la segunda técnica. Tratándose de esterilidad,

3 se embarazaron con 225 r y con la técnica de 300 r se embarazaron 4.

Por el volumen de su estadística y seriedad de sus trabajos merece ser tomado en cuenta también Ira. I. Kaplan, que irradia en algunos casos solamente ovarios, en otros ovarios e hipófisis y en unos cuantos también irradia tiroides con los siguientes factores: 200 Kv., 4-5 ma. con filtro de medio de cobre y uno de aluminio usando a últimas fechas sólo 50 cms. de distancia foco piel con campos pélvicos de 8 x 10, 9 x 12, ó 10 x 15, según los diámetros pélvicos y con campo de 6 x 8 sobre la pituitaria dando el primer día 50 r sobre el campo pélvico anterior (ovario izquierdo y derecho) y 75 r sobre la hipófisis. Una semana más tarde, otro campo hipofisiario y el pélvico posterior sobre ambos ovarios con igual dosis. A la tercera semana mismos campos y dosis que en la primera; todas las dosis son medidas en aire. Ocasionalmente añadió un cuarto tratamiento con una semana de intervalo igual a los anteriores. Insiste en que el miliamperaje no debe de pasar de 10 porque le dá importancia al tiempo que dura la aplicación de Rayos X. En ocasiones da una segunda serie cuando no se obtienen resultados satisfactorios, dejando pasar de 2 a 6 meses, o cuando el beneficio fué muy pasajero.

De acuerdo con técnicas modernas, algunos autores proponen variar la dosis de acuerdo con el informe de la biopsia de endometrio. Este puede aparecer en reposo, hiperplasiado o en fase pre-menstrual. En el primer caso debemos dar una dosis que produzca hiperemia activa para lo que bastan 20 a 30 dosis ovario. Para la segunda y tercera circunstancias la dosis de 40 a 50 r es necesaria llegando algunos a dar hasta 60 r dosis ovario con lo cual se pretende destruir los folículos maduros persistentes que no han liberado el óvulo o los cuerpos amarillos desarrollados en forma excesiva. Naturalmente que estas variaciones en la dosis son siempre relativas ya que las reacciones de los órganos estimulados y las modificaciones funcionales consecuentes no son paralelas 100% a este factor dosis pues cada enferma reacciona en forma diferente recordando que esta diferencia en la respuesta obedece a múltiples circunstancias, entre las cuales figura en primer término el complejo mecanismo endócrino que nunca es igual de una a otra enferma. Lo importante, irradiando ovarios, es no exceder la dosis

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

de 30% de la dosis de castración temporal la que debe ser estimada entre 250 y 300 r dosis ovario.

La técnica por mí usada ha variado, como las de los autores extranjeros, en el curso del tiempo de hace 4 años a la fecha. Inicialmente irradiaba hipófisis solamente, para asociar el tratamiento de irradiación ovárica a últimas fechas. En las 4 primeras enfermas tratadas en 46 y 47, la hipófisis se irradió 2 veces por semana con campos temporales dirigidos hacia la silla turca y tomando como referencia el punto situado 2 cms. arriba de la parte media de la línea que une el ángulo externo del ojo al conducto auditivo externo, campos de 4 x 4 limitados con hule emplomado; 195 Kv. 8 ma. medio de cobre y uno de aluminio 50 cms. de distancia, 25 r por sesión 5 tratamientos en cada campo en total; dosis media en aire. Las variaciones en esta dosis medida en aire han sido pequeñas de una paciente a otra, por ser muy pequeñas las diferencias del factor distancia entre la piel y la silla turca en las mismas. Las dos enfermas tratadas más recientemente a principios de 49, han recibido tratamiento hipofisiario fundamentalmente de ovarios y la otra con tratamiento simultáneo alternando los campos sobre hipófisis y ovarios. En el primer caso de este segundo grupo utilicé 240 Kv. a 50 cms. de distancia medio de cobre y uno de aluminio 10 ma. 25 r dosis piel por sesión, 2 tratamientos por semana 5 en total en cada campo temporal derecho e izquierdo respectivamente. Al terminar esta serie, irradiación ovárica por un campo suprapúbico de 20 de anchura por 10 de altura, 2 tratamientos por semana 10 r por sesión dosis ovario, 40 en total. En el segundo caso de irradiación simultánea hipofiso-ovárica, utilicé los mismos factores y dosis dando una aplicación cada 4 días y en sucesión temporal derecho, temporal izquierdo y supra-púbico.

No estoy de acuerdo en irradiar separadamente el ovario derecho del izquierdo como lo hacen muchos autores, ya que la dosis suministrada es tan baja que puede darse en un sólo campo anterior supra-púbico fijado por el examen clínico, con relativa exactitud, la topografía de los ovarios y comprender en un sólo campo amplio los dos ovarios evitando así que el ovario que no se trata reciba la irradiación dispersa del que se trata, lo que constituye un error en el cálculo de la dosis

3 se embarazaron con 225 r y con la técnica de 300 r se embarazaron 4.

Por el volumen de su estadística y seriedad de sus trabajos merece ser tomado en cuenta también Ira. I. Kaplan, que irradia en algunos casos solamente ovarios, en otros ovarios e hipófisis y en unos cuantos también irradia tiroides con los siguientes factores: 200 Kv., 4-5 ma. con filtro de medio de cobre y uno de aluminio usando a últimas fechas sólo 50 cms. de distancia foco piel con campos pélvicos de 8 x 10, 9 x 12, ó 10 x 15, según los diámetros pélvicos y con campo de 6 x 8 sobre la pituitaria dando el primer día 50 r sobre el campo pélvico anterior (ovario izquierdo y derecho) y 75 r sobre la hipófisis. Una semana más tarde, otro campo hipofisiario y el pélvico posterior sobre ambos ovarios con igual dosis. A la tercera semana mismos campos y dosis que en la primera; todas las dosis son medidas en aire. Ocasionalmente añadió un cuarto tratamiento con una semana de intervalo igual a los anteriores. Insiste en que el miliamperaje no debe de pasar de 10 porque le dá importancia al tiempo que dura la aplicación de Rayos X. En ocasiones da una segunda serie cuando no se obtienen resultados satisfactorios, dejando pasar de 2 a 6 meses, o cuando el beneficio fué muy pasajero.

De acuerdo con técnicas modernas, algunos autores proponen variar la dosis de acuerdo con el informe de la biopsia de endometrio. Este puede aparecer en reposo, hiperplasiado o en fase pre-menstrual. En el primer caso debemos dar una dosis que produzca hiperemia activa para lo que bastan 20 a 30 dosis ovario. Para la segunda y tercera circunstancias la dosis de 40 a 50 r es necesaria llegando algunos a dar hasta 60 r dosis ovario con lo cual se pretende destruir los folículos maduros persistentes que no han liberado el óvulo o los cuerpos amarillos desarrollados en forma excesiva. Naturalmente que estas variaciones en la dosis son siempre relativas ya que las reacciones de los órganos estimulados y las modificaciones funcionales consecuentes no son paralelas 100% a este factor dosis pues cada enferma reacciona en forma diferente recordando que esta diferencia en la respuesta obedece a múltiples circunstancias, entre las cuales figura en primer término el complejo mecanismo endócrino que nunca es igual de una a otra enferma. Lo importante, irradiando ovarios, es no exceder la dosis

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

de 30% de la dosis de castración temporal la que debe ser estimada entre 250 y 300 r dosis ovario.

La técnica por mí usada ha variado, como las de los autores extranjeros, en el curso del tiempo de hace 4 años a la fecha. Inicialmente irradiaba hipófisis solamente, para asociar el tratamiento de irradiación ovárica a últimas fechas. En las 4 primeras enfermas tratadas en 46 y 47, la hipófisis se irradió 2 veces por semana con campos temporales dirigidos hacia la silla turca y tomando como referencia el punto situado 2 cms. arriba de la parte media de la línea que une el ángulo externo del ojo al conducto auditivo externo, campos de 4 x 4 limitados con hule emplomado; 195 Kv. 8 ma. medio de cobre y uno de aluminio 50 cms. de distancia, 25 r por sesión 5 tratamientos en cada campo en total; dosis media en aire. Las variaciones en esta dosis medida en aire han sido pequeñas de una paciente a otra, por ser muy pequeñas las diferencias del factor distancia entre la piel y la silla turca en las mismas. Las dos enfermas tratadas más recientemente a principios de 49, han recibido tratamiento hipofisiario fundamentalmente de ovarios y la otra con tratamiento simultáneo alternando los campos sobre hipófisis y ovarios. En el primer caso de este segundo grupo utilicé 240 Kv. a 50 cms. de distancia medio de cobre y uno de aluminio 10 ma. 25 r dosis piel por sesión, 2 tratamientos por semana 5 en total en cada campo temporal derecho e izquierdo respectivamente. Al terminar esta serie, irradiación ovárica por un campo suprapúbico de 20 de anchura por 10 de altura, 2 tratamientos por semana 10 r por sesión dosis ovario, 40 en total. En el segundo caso de irradiación simultánea hipofiso-ovárica, utilicé los mismos factores y dosis dando una aplicación cada 4 días y en sucesión temporal derecho, temporal izquierdo y supra-púbico.

No estoy de acuerdo en irradiar separadamente el ovario derecho del izquierdo como lo hacen muchos autores, ya que la dosis suministrada es tan baja que puede darse en un sólo campo anterior supra-púbico fijado por el examen clínico, con relativa exactitud, la topografía de los ovarios y comprender en un sólo campo amplio los dos ovarios evitando así que el ovario que no se trata reciba la irradiación dispersa del que se trata, lo que constituye un error en el cálculo de la dosis

total que recibe este órgano con el tratamiento separado de uno y de otro. Tampoco estimo necesario multiplicar las puertas de entrada para la irradiación del ovario o de la hipófisis, en vista de que este hecho ha sido ingeniosamente propuesto para aumentar la dosis en profundidad cuando se trata de aplicar una cantidad de r muy grande a un órgano o tumor profundamente situado dividiendo entre todas las puertas de entrada el daño de las partes blandas interpuestas entre el órgano por irradiar y la piel.

IV.—CASUISTICA

L.B. de S. 31 años. Esterilidad por 10 años. Períodos amenorreicos.—Tratamiento con ciclos de gonadotropinas a principios de 46 durante dos meses, sin éxito.—Tratamiento con ciclos esteroides ováricos 6 meses, sin éxito.—Radiación de hipófisis, agosto de 46: menstruó después de 7 meses de amenorrea con otra menstruación al mes (ciclo ovulatorio) volviendo después a la amenorrea. Recibió 2 tratamientos por semana sobre hipófisis 20 r, dosis glandular, por sesión. Después de 2 años de abandonado el tratamiento radioterápico volvió al tratamiento hormonal con resultado variable pero siempre cayendo en amenorrea al suspenderlo. No ha habido embarazo.

F. Ch. de L. 18 años.—Esterilidad de 2 años por insuficiencia ovárica anovulatoria. Tratamiento con 2 ciclos de gonadotropinas sin éxito a mediados de 46.—Irradiación hipofisaria interrumpida habiendo recibido solamente 70 r dosis hipófisis en diciembre de 46, obteniendo con ésta muy baja dosis, reglas cada 2 ó 3 meses como máximo. A últimas fechas tratamiento con esteroides y gonadotropinas regularizándose el menstruo transitoriamente.

F.L.G.—Soltera de 28 años con síndrome adiposo-genital tipo Fröelich con amenorrea absoluta.—Recibió variados tratamientos de hormonas sin modificación de la función hipofiso-ovárica.—Roentgen-estimulación hipofisaria interrumpida a la tercera parte recibida, habiéndole dado solamente 40 r dosis hipófisis en 15 días en febrero de 47. No reapareció la menstruación. Bajó 8 Kg. de peso y su aspecto era más femenino. Cayó en el estado inicial a los pocos meses.

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

C.A. de L.E.—29 años. Casada a los 24 dando nacimiento a una niña a los 10 meses.—Esterilidad de 4 años por insuficiencia ovárica anovulatoria. Sangrados anovulatorios tipo 30-35/1-3. Se le dió tratamiento con foliculina luteína y tiroides a principios de 1946 sin haber tenido éxito.—Irradiación hipofisiaria sin otra terapéutica asociada de febrero 6 a marzo 18 de 47.—160 r dosis sobre hipófisis. Embarazo en mayo del mismo año, es decir, 2 meses y medio después de terminado el tratamiento habiendo reaparecido la última regla el 15 de mayo. Dió nacimiento a una niña con caracteres normales el 15 de febrero de 48. Volvió a reglar el 4 de abril y 18 de mayo del mismo año sin reaparecer la regla en junio. Nació la tercer niña el 27 de febrero de 1949. De entonces a la fecha se han regularizado las reglas, habiendo evitado el embarazo. Fueron defraudadas sus esperanzas de ver nacer un varón.

C. C. de B.—27 años. Esterilidad de 2 años por insuficiencia ovárica anovulatoria. Sangrados anovulatorios tipo 60-70/5. Tratamiento con ciclos esteroides ováricos a fines de 48 sin éxito. Irradiación hipofisiaria 5 de febrero de 49, 200 r dosis hipófisis seguida de 20 r dosis ovarios, en abril. Regularización de la menstruación con tipo 26-28/5 con endometrio progestacional después del tratamiento y hasta la fecha. No ha habido embarazo.

S.M. de C.C.—21 años. Esterilidad de 2 años por insuficiencia ovárica anovulatoria, con períodos de amenorrea hasta de 6 meses. Prolongado tratamiento con ciclos esteroides ováricos, con escasa mejoría en la aparición de las reglas, en 1948. Roentgenestimulación hipofiso-ovárica simultánea. 200 r sobre hipófisis y 160 sobre ovarios, de marzo a junio de 49. Menstruación regular de junio a noviembre tipo 30-31/3. La biopsia de endometrio tomada el 3 de diciembre de 1949 informó: endometrio estrogénico puro.

VII.—CONCLUSIONES

1o.—Las dosis estimulantes de Rayos X aplicadas en forma adecuada sobre ovarios e hipófisis, constituyen el tratamiento de elección en las ginecopatías funcionales primitivas, en especial de las insufi-

total que recibe este órgano con el tratamiento separado de uno y de otro. Tampoco estimo necesario multiplicar las puertas de entrada para la irradiación del ovario o de la hipófisis, en vista de que este hecho ha sido ingeniosamente propuesto para aumentar la dosis en profundidad cuando se trata de aplicar una cantidad de r muy grande a un órgano o tumor profundamente situado dividiendo entre todas las puertas de entrada el daño de las partes blandas interpuestas entre el órgano por irradiar y la piel.

IV.—CASUÍSTICA

L.B. de S. 31 años. Esterilidad por 10 años. Períodos amenorreicos.—Tratamiento con ciclos de gonadotropinas a principios de 46 durante dos meses, sin éxito.—Tratamiento con ciclos esteroides ováricos 6 meses, sin éxito.—Radiación de hipófisis, agosto de 46: menstruó después de 7 meses de amenorrea con otra menstruación al mes (ciclo ovulatorio) volviendo después a la amenorrea. Recibió 2 tratamientos por semana sobre hipófisis 20 r, dosis glandular, por sesión. Después de 2 años de abandonado el tratamiento radioterápico volvió al tratamiento hormonal con resultado variable pero siempre cayendo en amenorrea al suspenderlo. No ha habido embarazo.

F. Ch. de L. 18 años.—Esterilidad de 2 años por insuficiencia ovárica anovulatoria. Tratamiento con 2 ciclos de gonadotropinas sin éxito a mediados de 46.—Irradiación hipofisaria interrumpida habiendo recibido solamente 70 r dosis hipófisis en diciembre de 46, obteniendo con ésta muy baja dosis, reglas cada 2 ó 3 meses como máximo. A últimas fechas tratamiento con esteroides y gonadotropinas regularizándose el menstruo transitoriamente.

F.L.G.—Soltera de 28 años con síndrome adiposo-genital tipo Fröelich con amenorrea absoluta.—Recibió variados tratamientos de hormonas sin modificación de la función hipofiso-ovárica.—Roentgen-estimulación hipofisaria interrumpida a la tercera parte recibida, habiéndole dado solamente 40 r dosis hipófisis en 15 días en febrero de 47. No reapareció la menstruación. Bajó 8 Kg. de peso y su aspecto era más femenino. Cayó en el estado inicial a los pocos meses.

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

C.A. de L.E.—29 años. Casada a los 24 dando nacimiento a una niña a los 10 meses.—Esterilidad de 4 años por insuficiencia ovárica anovulatoria. Sangrados anovulatorios tipo 30-35/1-3. Se le dió tratamiento con foliculina luteína y tiroides a principios de 1946 sin haber tenido éxito.—Irradiación hipofisiaria sin otra terapéutica asociada de febrero 6 a marzo 18 de 47.—160 r dosis sobre hipófisis. Embarazo en mayo del mismo año, es decir, 2 meses y medio después de terminado el tratamiento habiendo reaparecido la última regla el 15 de mayo. Dió nacimiento a una niña con caracteres normales el 15 de febrero de 48. Volvió a reglar el 4 de abril y 18 de mayo del mismo año sin reaparecer la regla en junio. Nació la tercer niña el 27 de febrero de 1949. De entonces a la fecha se han regularizado las reglas, habiendo evitado el embarazo. Fueron defraudadas sus esperanzas de ver nacer un varón.

C. C. de B.—27 años. Esterilidad de 2 años por insuficiencia ovárica anovulatoria. Sangrados anovulatorios tipo 60-70/5. Tratamiento con ciclos esteroides ováricos a fines de 48 sin éxito. Irradiación hipofisiaria 5 de febrero de 49, 200 r dosis hipófisis seguida de 20 r dosis ovarios, en abril. Regularización de la menstruación con tipo 26-28/5 con endometrio progestacional después del tratamiento y hasta la fecha. No ha habido embarazo.

S.M. de C.C.—21 años. Esterilidad de 2 años por insuficiencia ovárica anovulatoria, con períodos de amenorrea hasta de 6 meses. Prolongado tratamiento con ciclos esteroides ováricos, con escasa mejoría en la aparición de las reglas, en 1948. Roentgenestimulación hipofiso-ovárica simultánea. 200 r sobre hipófisis y 160 sobre ovarios, de marzo a junio de 49. Menstruación regular de junio a noviembre tipo 30-31/3. La biopsia de endometrio tomada el 3 de diciembre de 1949 informó: endometrio estrogénico puro.

VII.—CONCLUSIONES

1o.—Las dosis estimulantes de Rayos X aplicadas en forma adecuada sobre ovarios e hipófisis, constituyen el tratamiento de elección en las ginecopatías funcionales primitivas, en especial de las insufi-

ciencias ováricas anovulatorias y en las insuficiencias hipofisiarias relacionada con la esfera ginecológica (síndrome tipo Fröelich).

2o.—Este tratamiento parece ser el más efectivo, económico y fácil de llevar a cabo tanto en los centros asistenciales públicos como en la clientela privada. Tiene la ventaja de obrar por estimulación de los órganos irradiados en vez de hacerlo por substitución como lo hace el tratamiento opoterápico clásico. Sus efectos se dejan sentir a los pocos meses de recibido el tratamiento. Cuando la mejoría no es inmediata, se debe intentar una segunda y hasta una tercera serie de Rayos X con descanso de 2 a 6 meses.

3o.—El éxito de estos tratamientos depende fundamentalmente de una precisa indicación y de una técnica adecuada para lo que es necesaria la estrecha colaboración del gineco-obstetra con el radiólogo. La biopsia de endometrio el estudio de la descamación vaginal y la anotación de la temperatura basal antes y después del tratamiento son indispensables para juzgar del resultado del mismo.

4o.—Hasta ahora no se ha demostrado efecto nocivo sobre los órganos irradiados ni sobre la descendencia.

5o.—Este tratamiento debe ser llevado a cabo con espíritu científico puro y sujetando a las enfermas a una disciplina rigurosa en la que se refiere a su vida genital siguiendo con exactitud lo que les indique su ginecólogo.

6o.—De las 6 enfermas tratadas, 4 tuvieron mejoría transitoria de la amenorrea regularizando su ciclo de 4 meses a un año. De éstas 2 interrumpieron el tratamiento habiendo recibido dosis insuficientes (una de ellas con síndrome de Fröelich). De este grupo de enfermas la que tenía síndrome de Fröelich y 2 de las primeramente tratadas recibieron irradiación hipofisiaria exclusivamente. La cuarta recibió tratamiento hipofiso-ovárico simultáneo. Las dos restantes han tenido mejoría definitiva de la amenorrea, una con irradiación hipofisiaria solamente y otra con irradiación hipofisiaria y de ovarios. La primera ha tenido 2 embarazos con producto normal, evitando el embarazo a partir de su última hija. La segunda muestra endometrio progestacio-

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

nal en examen reciente. Estos resultados son sensiblemente iguales a los obtenidos por autores extranjeros cuando empiezan a usar el método, siendo de esperarse mejores resultados cuando este tratamiento entre de lleno en el arsenal terapéutico del ginecólogo y como método de elección en los casos indicados.

BIBLIOGRAFIA

- DRIPS D. G.—Ovarian dysfunction in young women treated with low dosage irradiation. *Am. J. Obst. and Gynec.* 55: 789-798. Mayo 1948.
- GLEIZE-RAMBAL, L.—Roentgen irradiation of pituitary body and ovary in therapy of sterility. *J. de radiol. et d'électrol* 27: 557. 1946.
- GUITARTE A.—Roentgen-stimulation of ovary. *An. Brasil de Gin.* 21: 191-201. Marzo 1946.
- GUITARTE A. y BIANCHI A. A.—X Ray estimation in menstrual disorders "authors method". *Bol. Inst. de Matern.* 14: 155-158. Diciembre de 1945.
- HAMAN J. O.—X ray irradiation to promote ovulation. *West J. Surg.* 55: 107-113. Febrero 1947.
- HUET J. A.—Roentgen irradiation in disorders of water metabolism. *J. de radiol et d'électro.* 26: 217-"44-45" Marzo 1943.
- HUET J. A., HERSCHBERG A. D. y GODLEWSKI J. L.—Irradiation of Pituitary región in estrogenic paraendocrinosis. *J. de Radiol et d'électrol.* 27: 361-362. 1946.
- KAPLAN IRA I.—Irradiation effect of function of ovary in young girls. Supplementary report. *Am. F. Obst. and Gynec.* 50: 340-341. Septiembre 1945.
- KAPLAN IRA I.—Treatment of amenorrhea and sterility by X Ray therapy. *New York State J. Med.* 46: 2746-2752. Dic 15 1946.
- KAPLAN IRA I.—Use of high voltage therapy in amenorrhea and sterility in women. *Am. J. Roentgenology.* 59: 370-377. Marzo 1948.
- PENDE NICOLAS J.—Endocrinología. Barcelona 1937.
- ROUSSY G. y MOSINGER M.—Tratado de Neuro-endocrinología. 1947.
- SALABER J. A., MOLINARI J. L. y SARDI J. L.—Stimulating roentgentherapy (applied to ovary and pituitary) in ovarian insufficiency. "obs. y Ginec. Latino *Am.* 3: 1-8. Enero 1945.
- SCHWARZ G.—Present status of roentgen therapy of hiperthyroidism and related endocrin disturbances. *Am. J. Roentgenology.* 55: 337-342. Marzo 1946.
- VASTINE M. F. y VASTINE J. A.—Roentgen therapy in benign condition of heart. *J. M. Women A.* 2: 146-148. Octubre 1947.

ciencias ováricas anovulatorias y en las insuficiencias hipofisiarias relacionada con la esfera ginecológica (síndrome tipo Fröelich).

2o.—Este tratamiento parece ser el más efectivo, económico y fácil de llevar a cabo tanto en los centros asistenciales públicos como en la clientela privada. Tiene la ventaja de obrar por estimulación de los órganos irradiados en vez de hacerlo por substitución como lo hace el tratamiento opoterápico clásico. Sus efectos se dejan sentir a los pocos meses de recibido el tratamiento. Cuando la mejoría no es inmediata, se debe intentar una segunda y hasta una tercera serie de Rayos X con descanso de 2 a 6 meses.

3o.—El éxito de estos tratamientos depende fundamentalmente de una precisa indicación y de una técnica adecuada para lo que es necesaria la estrecha colaboración del gineco-obstetra con el radiólogo. La biopsia de endometrio el estudio de la descamación vaginal y la anotación de la temperatura basal antes y después del tratamiento son indispensables para juzgar del resultado del mismo.

4o.—Hasta ahora no se ha demostrado efecto nocivo sobre los órganos irradiados ni sobre la descendencia.

5o.—Este tratamiento debe ser llevado a cabo con espíritu científico puro y sujetando a las enfermas a una disciplina rigurosa en la que se refiere a su vida genital siguiendo con exactitud lo que les indique su ginecólogo.

6o.—De las 6 enfermas tratadas, 4 tuvieron mejoría transitoria de la amenorrea regularizando su ciclo de 4 meses a un año. De éstas 2 interrumpieron el tratamiento habiendo recibido dosis insuficientes (una de ellas con síndrome de Fröelich). De este grupo de enfermas la que tenía síndrome de Fröelich y 2 de las primeramente tratadas recibieron irradiación hipofisiaria exclusivamente. La cuarta recibió tratamiento hipofiso-ovárico simultáneo. Las dos restantes han tenido mejoría definitiva de la amenorrea, una con irradiación hipofisiaria solamente y otra con irradiación hipofisiaria y de ovarios. La primera ha tenido 2 embarazos con producto normal, evitando el embarazo a partir de su última hija. La segunda muestra endometrio progestacio-

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

nal en examen reciente. Estos resultados son sensiblemente iguales a los obtenidos por autores extranjeros cuando empiezan a usar el método, siendo de esperarse mejores resultados cuando este tratamiento entre de lleno en el arsenal terapéutico del ginecólogo y como método de elección en los casos indicados.

BIBLIOGRAFIA

- DRIPS D. G.—Ovarian dysfunction in young women treated with low dosage irradiation. *Am. J. Obst. and Gynec.* 55: 789-798. Mayo 1948.
- GLEIZE-RAMBAL, L.—Roentgen irradiation of pituitary body and ovary in therapy of sterility. *J. de radiol. et d'électrol* 27: 557. 1946.
- GUITARTE A.—Roentgen-stimulation of ovary. *An. Brasil de Gin.* 21: 191-201. Marzo 1946.
- GUITARTE A. y BIANCHI A. A.—X Ray stimulation in menstrual disorders "authors method". *Bol. Inst. de Matern.* 14: 155-158. Diciembre de 1945.
- HAMAN J. O.—X ray irradiation to promote ovulation. *West J. Surg.* 55: 107-113. Febrero 1947.
- HUET J. A.—Roentgen irradiation in disorders of water metabolism. *J. de radiol et d'électro.* 26: 217-"44-45" Marzo 1943.
- HUET J. A., HERSCHBERG A. D. y GODLEWSKI J. L.—Irradiation of Pituitary región in estrogenic paraendocrinosis. *J. de Radiol et d'électrol.* 27: 361-362. 1946.
- KAPLAN IRA I.—Irradiation effect of function of ovary in young girls. Supplementary report. *Am. F. Obst. and Gynec.* 50: 340-341. Septiembre 1945.
- KAPLAN IRA I.—Treatment of amenorrhea and sterility by X Ray therapy. *New York State J. Med.* 46: 2746-2752. Dic 15 1946.
- KAPLAN IRA I.—Use of high voltage therapy in amenorrhea and sterility in women. *Am. J. Roentgenology.* 59: 370-377. Marzo 1948.
- PENDE NICOLAS J.—Endocrinología. Barcelona 1937.
- ROUSSY G. y MOSINGER M.—Tratado de Neuro-endocrinología. 1947.
- SALABER J. A., MOLINARI J. L. y SARDI J. L.—Stimulating roentgentherapy (applied to ovary and pituitary) in ovarian insufficiency. "obs. y Ginec. Latino *Am.* 3: 1-8. Enero 1945.
- SCHWARZ G.—Present status of roentgen therapy of hyperthyroidism and related endocrin disturbances. *Am. J. Roentgenology.* 55: 337-342. Marzo 1946.
- VASTINE M. F. y VASTINE J. A.—Roentgen therapy in benign condition of heart. *J. M. Women A.* 2: 146-148. Octubre 1947.

DR. SÁNCHEZ CORDERO

COMENTARIO

Por el Académico,
Dr. Joaquín Correa C.
México, D. F.

Por disposición del H. Cuerpo Directivo de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, me corresponde en esta ocasión hacer el comentario reglamentario al trabajo que nuestro compañero de Academia, Dr. Ricardo Sánchez Cordero ha presentado en esta sesión, y que hago con el mayor placer.

El tema que el Dr. Sánchez Cordero, trata en su documentado trabajo, es sin duda, del mayor interés para todos nosotros, y muy especialmente para el Ginecólogo y el Radio-Terapeuta. Indudablemente tal interés aumenta si, como sería nuestro pensamiento, se trataran en él, los problemas fundamentales de los trastornos funcionales y de la esterilidad en su etio-patogenia a fin de encausar su tratamiento, e igualmente se hiciera un estudio comparativo de los procedimientos más en boga para el tratamiento de esas perturbaciones del área ginecológica. Sin embargo, el tema se refiere al tratamiento de la esterilidad y las ginecopatías funcionales primitivas, mediante la estimulación de la hipófisis y el ovario con los rayos Roentgen, por tanto debo concretarme en el comentario a tal tema.

El ponente divide su trabajo en los siguientes capítulos: I.—Definición de "dosis estimulante de los Rayos X". II.—Reseña histórica de la utilización del procedimiento. III.—Consideraciones sobre la acción de los Rayos Roentgen, en dosis de "estimulación", sobre la Hipófisis y Ovario. IV.—Hechos experimentales y clínicos de su eficacia. V.—Indicaciones y contraindicaciones. VI.—Técnica de aplicación y dosis. VII.—Casuística y Conclusiones.

Para ser más conciso en mis consideraciones, seguiré el mismo orden que el trabajo que comento.

I.—Si es verdad que la mayoría de los autores están acordes en llamar dosis estimulantes de Rayos X, a las dosis bajas de alto voltaje

sin embargo otros piensan que es mejor denominarle "dosis de alto voltaje", como lo indica Kaplan o bien dosis de "efecto alterativo o regulador" como lo propone W. Harris, produciéndose así menor confusión. De todos modos es conveniente que se llegue a un acuerdo con el fin de evitar confusiones, sobre todo en el momento de hacer la indicación terapéutica.

II.—La utilización de las radiaciones de Rayos X, en el tratamiento de algunas alteraciones funcionales endócrinas, muy particularmente las llamadas antiguamente metropatías hemorrágicas, los síndromes tiroideos puros o mixtos, tuvo su auge en la segunda y tercera décadas del presente siglo, en las escuelas alemana, vienesa, francesa y americana, para caer casi en olvido merced al enorme avance de los conocimientos de la Endocrinología, pero especialmente por el descubrimiento y empleo terapéutico en gran escala de las hormonas tanto en la experimentación como en la clínica diaria.

En los primeros tiempos de utilización de la Radioterapia, solo se conocieron sus efectos supresivos y fué muy posteriormente que se viene hablando de efectos de estimulación o de excitación, tanto en artículos de la Prensa Médica mundial, como en obras de Endocrinología. Entre nosotros muy contados Radiólogos, tienen experiencia amplia en ésta aplicación terapéutica de los Rayos X. Es sin género de duda, esta la razón por la cual los Ginecólogos Mexicanos, tiene poca confianza en este procedimiento terapéutico para las alteraciones funcionales del ovario y otras glándulas endócrinas, y más aún cuando la hormonoterapia actual se ha mostrado eficaz en sus indicaciones. Mas aún, con la hormonoterapia se ha logrado el estudio experimental y clínico más amplio de todos los tiempos, con lo cual se ha logrado conocer funciones y descubrir acciones que antes eran confusas o se desconocían. Por tales razones es de suponerse que la Terapéutica Roentegenológica si verdaderamente es útil en las disfunciones que nos ocupa, es excitando procesos hormonales al fin.

II.—Cómo obran los Rayos X, en la esterilidad? El Dr. Sánchez Cordero, lo indica muy elocuentemente, en su comunicación, al decirnos que no es fácil responder la pregunta y en seguida nos da relación

DR. SÁNCHEZ CORDERO

COMENTARIO

Por el Académico,
Dr. Joaquín Correa C.
México, D. F.

Por disposición del H. Cuerpo Directivo de nuestra Academia Mexicana de Cirugía, me corresponde en esta ocasión hacer el comentario reglamentario al trabajo que nuestro compañero de Academia, Dr. Ricardo Sánchez Cordero ha presentado en esta sesión, y que hago con el mayor placer.

El tema que el Dr. Sánchez Cordero, trata en su documentado trabajo, es sin duda, del mayor interés para todos nosotros, y muy especialmente para el Ginecólogo y el Radio-Terapeuta. Indudablemente tal interés aumenta si, como sería nuestro pensamiento, se trataran en él, los problemas fundamentales de los trastornos funcionales y de la esterilidad en su etio-patogenia a fin de encausar su tratamiento, e igualmente se hiciera un estudio comparativo de los procedimientos más en boga para el tratamiento de esas perturbaciones del área ginecológica. Sin embargo, el tema se refiere al tratamiento de la esterilidad y las ginecopatías funcionales primitivas, mediante la estimulación de la hipófisis y el ovario con los rayos Roentgen, por tanto debo concretarme en el comentario a tal tema.

El ponente divide su trabajo en los siguientes capítulos: I.—Definición de "dosis estimulante de los Rayos X". II.—Reseña histórica de la utilización del procedimiento. III.—Consideraciones sobre la acción de los Rayos Roentgen, en dosis de "estimulación", sobre la Hipófisis y Ovario. IV.—Hechos experimentales y clínicos de su eficacia. V.—Indicaciones y contraindicaciones. VI.—Técnica de aplicación y dosis. VII.—Casuística y Conclusiones.

Para ser más conciso en mis consideraciones, seguiré el mismo orden que el trabajo que comento.

I.—Si es verdad que la mayoría de los autores están acordes en llamar dosis estimulantes de Rayos X, a las dosis bajas de alto voltaje

sin embargo otros piensan que es mejor denominarle "dosis de alto voltaje", como lo indica Kaplan o bien dosis de "efecto alterativo o regulador" como lo propone W. Harris, produciéndose así menor confusión. De todos modos es conveniente que se llegue a un acuerdo con el fin de evitar confusiones, sobre todo en el momento de hacer la indicación terapéutica.

II.—La utilización de las radiaciones de Rayos X, en el tratamiento de algunas alteraciones funcionales endócrinas, muy particularmente las llamadas antiguamente metropatías hemorrágicas, los síndromes tiroideos puros o mixtos, tuvo su auge en la segunda y tercera décadas del presente siglo, en las escuelas alemana, vienesa, francesa y americana, para caer casi en olvido merced al enorme avance de los conocimientos de la Endocrinología, pero especialmente por el descubrimiento y empleo terapéutico en gran escala de las hormonas tanto en la experimentación como en la clínica diaria.

En los primeros tiempos de utilización de la Radioterapia, solo se conocieron sus efectos supresivos y fué muy posteriormente que se viene hablando de efectos de estimulación o de excitación, tanto en artículos de la Prensa Médica mundial, como en obras de Endocrinología. Entre nosotros muy contados Radiólogos, tienen experiencia amplia en ésta aplicación terapéutica de los Rayos X. Es sin género de duda, esta la razón por la cual los Ginecólogos Mexicanos, tiene poca confianza en este procedimiento terapéutico para las alteraciones funcionales del ovario y otras glándulas endócrinas, y más aún cuando la hormonoterapia actual se ha mostrado eficaz en sus indicaciones. Mas aún, con la hormonoterapia se ha logrado el estudio experimental y clínico más amplio de todos los tiempos, con lo cual se ha logrado conocer funciones y descubrir acciones que antes eran confusas o se desconocían. Por tales razones es de suponerse que la Terapéutica Roentegenológica si verdaderamente es útil en las disfunciones que nos ocupa, es excitando procesos hormonales al fin.

II.—Cómo obran los Rayos X, en la esterilidad? El Dr. Sánchez Cordero, lo indica muy elocuentemente, en su comunicación, al decirnos que no es fácil responder la pregunta y en seguida nos da relación

de las diversas opiniones que los autores especializados en Radioterapia emiten y se pronuncia partidario de que "dos mecanismos fundamentales se han aceptado; el directo que obraría sobre el elemento celular mismo, produciendo un efecto biopositivo celular más aparente por las modificaciones funcionales que por la estructural y el indirecto produciendo reacciones estrómicas, en particular vaso-dilatación con aumento de los procesos anabólicos y catabólicos celulares como consecuencia".

I. Kaplan, de Nueva York, citado por el ponente y a quien he consultado ampliamente, opina que a pesar de no tener certeza sobre lo que pueda ser la acción específica de los Rayos Roentgen sobre la hipófisis y el ovario, en estas dosis, sí, puede aseverar, basado en muy numerosas observaciones, que los Rayos X en dosis bajas de alto voltaje, tienen una acción específica de estimulación, solo que no se conoce el proceso íntimo de dicha acción; sin embargo los hechos han demostrado producir mejorías y curaciones en casos de amenorreas, oligomenorreas y esterilidad en relación con dichas alteraciones funcionales. Revista en un último artículo, 334 casos exclusivos de amenorrea, oligomenorrea y esterilidad de los cuales se ocupa el ponente también en su comunicación. Analizando estos hechos a la luz de los conocimientos modernos de la Endocrinología, vienen a la mente multitud de dudas y preguntas que los simples hechos no pueden por sí solos explicar, pero en cambio se podrán formular hipótesis. Así, sabemos actualmente que la aparición de las reglas necesita una acción específica dada por la hormona estrógena que a su vez ejerce acción no específica ligada a los fenómenos de hiperemia. Esta acción hiperhémica, puede ser también producida por otros agentes farmacológicos. La primera acción, o sea la específica estrógena tendría respuesta en las modificaciones de la mucosa uterina, en su epitelio y sus glándulas, y la segunda acción, en el desarrollo de las fibras musculares y del estroma, acarreado por consecuencia hiperemia. Aun cuando en la práctica estos dos órdenes de fenómenos parecen ligados estrechamente, es posible que puedan disociarse y entonces crear o producir dos modalidades de amenorrea, las que reveladoras o procedentes de una acción hormonal

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

propiamente dicha y aquellas que derivan de alguna alteración de orden farmacodinámico solo o asociado a la primera.

Esto nos lleva a pensar que cuando exista perturbación funcional de origen no hormonal se podrán producir los fenómenos congestivos útiles, con la ayuda de alguna sustancia farmacodinámica.

Según Ratschow, Steckner y Reynolds, las hormonas sexuales tendrían la propiedad de liberar cierta cantidad de acetilcolina que obra sobre los vasos por medio del parasimpático. Por otra parte este efecto acetilcolínógeno sería fugaz por una rápida desintegración hidrolítica bajo la influencia de una enzima, la coleslerinaza.

Pienso que no será remoto que dichos autores lleguen a demostrar que en los casos en los que las hormonas sean incapaces de liberar la acetilcolina necesaria para la acción arriba indicada, tal vez las radiaciones en la forma propuesta por Kaplan y otros autores, realicen la anulación de la coleslerinaza. Soskain, piensa que puede ser peligroso dar acetilcolina y por tanto indica mejor obrar indirectamente sobre el parasimpático con alguna sustancia que lo inhiba, como lo realiza la prostigmina.

Al tratar de aplicar un procedimiento de tratamiento en las amenorreas y la esterilidad, es preciso ante todo, hacer el diagnóstico etiológico de la disfunción, para aplicar con lógica el tratamiento más adecuado evitando, de este modo fracasos en la terapéutica. Por otra parte, la biopsia de endometrio o biopsia hormonal, se impone como rutinaria en los casos de amenorrea y esterilidad, pues este medio de investigación clínica, con su imagen de fase proliferativa, con tejido que varía desde un tipo de ligera atrofia hasta marcada hiperplasia quística, o bien fuertes glándulas tubulares de estroma compacto y mínimo grado de vascularización, en los casos de amenorrea son indicadores inestimables. Además, el estudio clínico común con inteligente interrogatorio y cuidadosa exploración de rutina darán a conocer la modalidad de amenorrea y su evolución, pudiendo en muchos casos establecer el cuadro o cuadros endócrinos presentes en cada caso particular, sin olvidar el complejo sistema pituitario-ovárico-endometrial, con sus frecuentes influencias intrínsecas y extrínsecas del que derivan

de las diversas opiniones que los autores especializados en Radioterapia emiten y se pronuncia partidario de que "dos mecanismos fundamentales se han aceptado; el directo que obraría sobre el elemento celular mismo, produciendo un efecto biopositivo celular más aparente por las modificaciones funcionales que por la estructural y el indirecto produciendo reacciones estrómicas, en particular vaso-dilatación con aumento de los procesos anabólicos y catabólicos celulares como consecuencia".

I. Kaplan, de Nueva York, citado por el ponente y a quien he consultado ampliamente, opina que a pesar de no tener certeza sobre lo que pueda ser la acción específica de los Rayos Roentgen sobre la hipófisis y el ovario, en estas dosis, sí, puede aseverar, basado en muy numerosas observaciones, que los Rayos X en dosis bajas de alto voltaje, tienen una acción específica de estimulación, solo que no se conoce el proceso íntimo de dicha acción; sin embargo los hechos han demostrado producir mejorías y curaciones en casos de amenorreas, oligomenorreas y esterilidad en relación con dichas alteraciones funcionales. Revista en un último artículo, 334 casos exclusivos de amenorrea, oligomenorrea y esterilidad de los cuales se ocupa el ponente también en su comunicación. Analizando estos hechos a la luz de los conocimientos modernos de la Endocrinología, vienen a la mente multitud de dudas y preguntas que los simples hechos no pueden por sí solos explicar, pero en cambio se podrán formular hipótesis. Así, sabemos actualmente que la aparición de las reglas necesita una acción específica dada por la hormona estrógena que a su vez ejerce acción no específica ligada a los fenómenos de hiperemia. Esta acción hiperhémica, puede ser también producida por otros agentes farmacológicos. La primera acción, o sea la específica estrógena tendría respuesta en las modificaciones de la mucosa uterina, en su epitelio y sus glándulas, y la segunda acción, en el desarrollo de las fibras musculares y del estroma, acarreado por consecuencia hiperemia. Aun cuando en la práctica estos dos órdenes de fenómenos parecen ligados estrechamente, es posible que puedan disociarse y entonces crear o producir dos modalidades de amenorrea, las que reveladoras o procedentes de una acción hormonal

ROENTGENESTIMULACIÓN HIPOFISO-OVÁRICA

propiamente dicha y aquellas que derivan de alguna alteración de orden farmacodinámico solo o asociado a la primera.

Esto nos lleva a pensar que cuando exista perturbación funcional de origen no hormonal se podrán producir los fenómenos congestivos útiles, con la ayuda de alguna sustancia farmacodinámica.

Según Ratschow, Steckner y Reynolds, las hormonas sexuales tendrían la propiedad de liberar cierta cantidad de acetilcolina que obra sobre los vasos por medio del parasimpático. Por otra parte este efecto acetilcolínógeno sería fugaz por una rápida desintegración hidrolítica bajo la influencia de una enzima, la coleslerinaza.

Pienso que no será remoto que dichos autores lleguen a demostrar que en los casos en los que las hormonas sean incapaces de liberar la acetilcolina necesaria para la acción arriba indicada, tal vez las radiaciones en la forma propuesta por Kaplan y otros autores, realicen la anulación de la coleslerinaza. Soskain, piensa que puede ser peligroso dar acetilcolina y por tanto indica mejor obrar indirectamente sobre el parasimpático con alguna sustancia que lo inhiba, como lo realiza la prostigmina.

Al tratar de aplicar un procedimiento de tratamiento en las amenorreas y la esterilidad, es preciso ante todo, hacer el diagnóstico etiológico de la disfunción, para aplicar con lógica el tratamiento más adecuado evitando, de este modo fracasos en la terapéutica. Por otra parte, la biopsia de endometrio o biopsia hormonal, se impone como rutinaria en los casos de amenorrea y esterilidad, pues este medio de investigación clínica, con su imagen de fase proliferativa, con tejido que varía desde un tipo de ligera atrofia hasta marcada hiperplasia quística, o bien fuertes glándulas tubulares de estroma compacto y mínimo grado de vascularización, en los casos de amenorrea son indicadores inestimables. Además, el estudio clínico común con inteligente interrogatorio y cuidadosa exploración de rutina darán a conocer la modalidad de amenorrea y su evolución, pudiendo en muchos casos establecer el cuadro o cuadros endócrinos presentes en cada caso particular, sin olvidar el complejo sistema pituitario-ovárico-endometrial, con sus frecuentes influencias intrínsecas y extrínsecas del que derivan

ovulación y esterilidad; así la amenorrea podrá asociarse a falta de ovulación con su consecuente baja de fertilidad etc.

De igual manera es preciso hacer hincapié del estudio radiológico de la silla turca, del metabolismo basal y otras investigaciones endocrinológicas, útiles desde todos puntos de vista, en el estudio que nos ocupa.

IV.—En la parte correspondiente a la eficacia y aplicación de la Radioterapia a las dosis llamadas “de estimulación” que venimos glosando, el Dr. Sánchez Cordero muestra un entusiasmo desbordado al preguntar porqué dicho tratamiento está en boga en el extranjero y poco difundido entre nosotros, a pesar de ser conocido por muchos de nuestros Ginecólogos? Debo manifestar que soy de opinión de no usar tan ampliamente el método a pesar de la brillante estadística de autores extranjeros y los pocos casos del Dr. Sánchez Cordero, hasta no tener mayor experiencia propia en casos mejor seleccionados en los que se valore friamente sus resultados. Sin embargo justo es hacer mención de las estadísticas del Dr. I. Kaplan de New York, que ampliamente reproduce en su trabajo el Dr. S. C. y que ustedes han escuchado, así como las de Reydember, quien dice haber obtenido el 56.6% de éxitos en casos de amenorrea y 40% en esterilidad en mujeres entre los 20 y 30 años de edad. Como se comprende en todos estos casos cabe preguntar, amenorrea de qué naturaleza, esterilidad de cuánto tiempo etc., etc.

V.—Trata en este capítulo de las indicaciones y contraindicaciones del método terapéutico por las Radiaciones, en las que estoy en lo general de acuerdo con el ponente y sólo quiero hacer nuevamente hincapié de que en la actualidad ya no se puede hablar de “ginecopatías”, de “insuficiencia ovárica”, de “tratamientos a granel” y de otros términos ambiguos o mal empleados que a menudo se emplean en los escritos médicos de años atrás y que afortunadamente y a medida del conocimiento mejor de la fisiopatología femenina, se van desechando, evitándose así confusiones y malas interpretaciones.

VI.—En el capítulo de las técnicas y dosis, poco podremos comentar por ser asunto muy técnico propio del Radioterapeuta, no obstante llama mi atención por que el Dr. S. C., ha variado las dosis, la

técnica y el orden de estimulación de los órganos en comparación con los lineamientos seguidos por los autores por él consultados. En mi concepto, Kaplan tiene una gran experiencia en estos asuntos y afirma que el mayor número de aplicaciones las hizo sobre ovarios, en muy pocos casos sobre ovarios e hipófisis y en contados casos también sobre tiroides. Además llama la atención en que solamente una serie de tratamientos hace en cada caso y nunca los repite, excepto en dos casos, también indica como importante que la Roentgenterapia sea aplicada a la paciente con un miliamperaje de cinco a diez M.A., nunca más. La dosis dada debe ser aplicada a cada zona con tiempo exacto, puesto que un minuto de "sobre-dosis" puede significar la diferencia entre éxito y el fracaso.

Tocando el importante tópico del posible daño de los cromosomas por las Radiaciones, se puede decir que hasta el presente no hay evidencia de tal daño en seres humanos y mucho menos podríamos agregar nada en los casos tratados por el Dr. S.C., puesto que el caso de observación más antiguo tan solo tiene cuatro años, de modo que todo lo que al respecto se dijese sería apoyado en observaciones ajenas.

Las observaciones en estas condiciones exigen minuciosa selección de casos clínicos, su observación presente, mediata y futura, llevándose cuenta de los datos evolutivos de la mejoría de la disfunción y sus variantes y en casos de esterilidad, las características de los productos de concepción etc., etc., como es de rigor en los servicios de Ginecología y Obstetricia, de modo que el Radioterapeuta pueda conocer a posteriori esa evolución a fin de mejorar sus técnicas. Estoy de acuerdo en que sea un Roentgenterapeuta experimentado y con acúmulo de conocimientos clínicos el encargado de tales tratamientos, pero de ninguna manera el director de los casos clínicos.

A guisa de información y en relación con el tema que nos ocupa, deseo manifestar que en la actualidad se hacen una serie de estudios con finalidad de conocer la utilidad real del empleo de algunos medicamentos hormonales en la amenorrea, oligomenorrea y esterilidad funcionales. Se refieren al empleo del estilbestrol más progesterona que da un porcentaje de éxitos del 48% para la amenorrea primaria. El

ovulación y esterilidad; así la amenorrea podrá asociarse a falta de ovulación con su consecuente baja de fertilidad etc.

De igual manera es preciso hacer hincapié del estudio radiológico de la silla turca, del metabolismo basal y otras investigaciones endocrinológicas, útiles desde todos puntos de vista, en el estudio que nos ocupa.

IV.—En la parte correspondiente a la eficacia y aplicación de la Radioterapia a las dosis llamadas “de estimulación” que venimos glosando, el Dr. Sánchez Cordero muestra un entusiasmo desbordado al preguntar porqué dicho tratamiento está en boga en el extranjero y poco difundido entre nosotros, a pesar de ser conocido por muchos de nuestros Ginecólogos? Debo manifestar que soy de opinión de no usar tan ampliamente el método a pesar de la brillante estadística de autores extranjeros y los pocos casos del Dr. Sánchez Cordero, hasta no tener mayor experiencia propia en casos mejor seleccionados en los que se valore friamente sus resultados. Sin embargo justo es hacer mención de las estadísticas del Dr. I. Kaplan de New York, que ampliamente reproduce en su trabajo el Dr. S. C. y que ustedes han escuchado, así como las de Reydember, quien dice haber obtenido el 56.6% de éxitos en casos de amenorrea y 40% en esterilidad en mujeres entre los 20 y 30 años de edad. Como se comprende en todos estos casos cabe preguntar, amenorrea de qué naturaleza, esterilidad de cuánto tiempo etc., etc.

V.—Trata en este capítulo de las indicaciones y contraindicaciones del método terapéutico por las Radiaciones, en las que estoy en lo general de acuerdo con el ponente y sólo quiero hacer nuevamente hincapié de que en la actualidad ya no se puede hablar de “ginecopatías”, de “insuficiencia ovárica”, de “tratamientos a granel” y de otros términos ambiguos o mal empleados que a menudo se emplean en los escritos médicos de años atrás y que afortunadamente y a medida del conocimiento mejor de la fisiopatología femenina, se van desechando, evitándose así confusiones y malas interpretaciones.

VI.—En el capítulo de las técnicas y dosis, poco podremos comentar por ser asunto muy técnico propio del Radioterapeuta, no obstante llama mi atención por que el Dr. S. C., ha variado las dosis, la

técnica y el orden de estimulación de los órganos en comparación con los lineamientos seguidos por los autores por él consultados. En mi concepto, Kaplan tiene una gran experiencia en estos asuntos y afirma que el mayor número de aplicaciones las hizo sobre ovarios, en muy pocos casos sobre ovarios e hipófisis y en contados casos también sobre tiroides. Además llama la atención en que solamente una serie de tratamientos hace en cada caso y nunca los repite, excepto en dos casos, también indica como importante que la Roentgenterapia sea aplicada a la paciente con un miliamperaje de cinco a diez M.A., nunca más. La dosis dada debe ser aplicada a cada zona con tiempo exacto, puesto que un minuto de "sobre-dosis" puede significar la diferencia entre éxito y el fracaso.

Tocando el importante tópico del posible daño de los cromosomas por las Radiaciones, se puede decir que hasta el presente no hay evidencia de tal daño en seres humanos y mucho menos podríamos agregar nada en los casos tratados por el Dr. S.C., puesto que el caso de observación más antiguo tan solo tiene cuatro años, de modo que todo lo que al respecto se dijese sería apoyado en observaciones ajenas.

Las observaciones en estas condiciones exigen minuciosa selección de casos clínicos, su observación presente, mediata y futura, llevándose cuenta de los datos evolutivos de la mejoría de la disfunción y sus variantes y en casos de esterilidad, las características de los productos de concepción etc., etc., como es de rigor en los servicios de Ginecología y Obstetricia, de modo que el Radioterapeuta pueda conocer a posteriori esa evolución a fin de mejorar sus técnicas. Estoy de acuerdo en que sea un Roentgenterapeuta experimentado y con acúmulo de conocimientos clínicos el encargado de tales tratamientos, pero de ninguna manera el director de los casos clínicos.

A guisa de información y en relación con el tema que nos ocupa, deseo manifestar que en la actualidad se hacen una serie de estudios con finalidad de conocer la utilidad real del empleo de algunos medicamentos hormonales en la amenorrea, oligomenorrea y esterilidad funcionales. Se refieren al empleo del estilbestrol más progesterona que da un porcentaje de éxitos del 48% para la amenorrea primaria. El

DR. SÁNCHEZ CORDERO

uso del etinil-estradiol más progesterona, que dá un porcentaje de éxitos del 79% produciéndose ovulación en estos mismos casos en 39%, y el uso del Prometron que dá un porcentaje de 6% solamente en amenorreas. Sería muy conveniente hacer un estudio comparativo de estas distintas terapéuticas, para comparar estadísticas ya que en nuestro medio carecemos de ellas.

Finalmente, hago presente al Dr. Sánchez Cordero, mi cordial felicitación por haber traído un trabajo cuyo tema es de palpitante interés y cuyos resultados en manos experimentadas pueden ser de gran ayuda en el arsenal terapéutico del ginecólogo y del endocrinólogo.



El Antipalúdico preferido

Forma
Exo-eritrocítica
del
parásito
del
Paludismo



La persistencia de la infección y las recidivas de la malaria están estrechamente vinculadas al ciclo evolutivo del parásito en su fase exoeritrocítica. 'Paludrine' tiene una positiva acción letal sobre las formas exoeritrocíticas del *Plasmodium falciparum* y es la única droga antimalárica conocida que representa, en dosis normales, un agente profiláctico causal completo contra la malaria terciana maligna.

Es un producto de
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED

DISTRIBUIDO POR
CARLOS GROSSMAN, S. A.

DR. SÁNCHEZ CORDERO

uso del etinil-estradiol más progesterona, que dá un porcentaje de éxitos del 79% produciéndose ovulación en estos mismos casos en 39%, y el uso del Prometron que dá un porcentaje de 6% solamente en amenorreas. Sería muy conveniente hacer un estudio comparativo de estas distintas terapéuticas, para comparar estadísticas ya que en nuestro medio carecemos de ellas.

Finalmente, hago presente al Dr. Sánchez Cordero, mi cordial felicitación por haber traído un trabajo cuyo tema es de palpitante interés y cuyos resultados en manos experimentadas pueden ser de gran ayuda en el arsenal terapéutico del ginecólogo y del endocrinólogo.



El Antipalúdico preferido

Forma
Exo-eritrocítica
del
parásito
del
Paludismo



La persistencia de la infección y las recidivas de la malaria están estrechamente vinculadas al ciclo evolutivo del parásito en su fase exoeritrocítica. 'Paludrine' tiene una positiva acción letal sobre las formas exoeritrocíticas del *Plasmodium falciparum* y es la única droga antimalárica conocida que representa, en dosis normales, un agente profiláctico causal completo contra la malaria terciana maligna.

Es un producto de
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LIMITED

DISTRIBUIDO POR
CARLOS GROSSMAN, S. A.

"PALUDRINE"

Reg. No. 31086 S. S. A.

EL ANTIPALUDICO PREFERIDO

Actualmente en tres concentraciones para comodidad en su administración:

TABLETAS DE 0.3 Gm.

Tratamiento: Adultos y niños mayores de 10 años 2 tabletas diariamente.

Profilaxis: Adultos.- 1 Tableta a la semana proporciona un alto grado de protección.

TABLETAS DE 0.1 Gr.

Tratamiento: Niños de uno a diez años, 1 a 3 tabletas diariamente.

Profilaxis: Adultos.- 1 tableta diaria proporciona protección completa.

Niños.- de 1 a 3 tabletas a la semana.

TABLETAS DE 0.25 Gm.

Tratamiento: Niños menores de un año, 1 a 3 tabletas diarias.

Profilaxis: Niños menores de un año, 1 a 3 tabletas semanarias.

AMPOLLETAS DE 0.1 Gr.

Indicados cuando la administración oral no es conveniente o posible y en los casos muy graves.

Tratamiento: 1 ampolleta de 2 cm.³ haciendo la solución de preferencia en agua destilada estéril para inyectar por vía intravenosa.

Presentación.-

Tabletas 0.3 gm. en frascos de 20 500

Tabletas 0.1 gm. en frascos de 30 100 1,000

Tabletas 0.025 gm. en frascos de 20 500

Ampolletas de 2 cm.³ conteniendo 0.1 gm. en cajas de 5 100

C A R L O S G R O S S M A N, S. A.
SADI CARNOT No. 86 MEXICO, D. F.

Perineo-ano-vulvectomía y Vaciamiento Organo Pélvico Total en Cánceres Avanzados del Aparato Genital Femenino

Trabajo reglamentario leído el 25 de abril de 1950.

Por el Académico Dr. José García Noriega.

En el número 7 Vol. XI de Julio de 1948 de la Revista Médica del Hospital General, aparece publicada la comunicación que ante la Sociedad Médica del Hospital General leí, presentando una técnica para Pan-cisto-histerectomía total en los cánceres avanzados del cuello y cuerpo de la matriz.

Decía en ese trabajo que la operación más radical para el tratamiento de ese cáncer era, hasta entonces, el clásico Wertheim, pero en gran número de casos que aun clínicamente diagnosticados grado II Liga de las Naciones, cuando se llevaban a la mesa de operaciones el Cirujano encontraba en el parametrio que la invasión abarcaba hasta el uretero y no era posible la extirpación.

La única forma de operar a estas enfermas, sería eludir los ureteres y de esta manera se podría hacer llegar la extirpación hasta la pared pélvica; fué con este pensamiento, que estudié la técnica que presenté en esa ocasión. Con esa técnica se pueden extirpar los cánceres del cuello y cuerpo de la matriz que invaden ampliamente parametrio o vejiga y que hayan respetado, en la parte posterior, el recto.

Los primeros casos que operé los seleccioné para que llenaran esa condición de que pudiera conservar el recto.

En el número I de "Cáncer" pág. 177 de julio 1948, Alexander Brunswick del Memorial Hospital de New York, presentó una técnica

"PALUDRINE"

Reg. No. 31086 S. S. A.

EL ANTIPALUDICO PREFERIDO

Actualmente en tres concentraciones para comodidad en su administración:

TABLETAS DE 0.3 Gm.

Tratamiento: Adultos y niños mayores de 10 años 2 tabletas diariamente.

Profilaxis: Adultos.- 1 Tableta a la semana proporciona un alto grado de protección.

TABLETAS DE 0.1 Gr.

Tratamiento: Niños de uno a diez años, 1 a 3 tabletas diariamente.

Profilaxis: Adultos.- 1 tableta diaria proporciona protección completa.

Niños.- de 1 a 3 tabletas a la semana.

TABLETAS DE 0.25 Gm.

Tratamiento: Niños menores de un año, 1 a 3 tabletas diarias.

Profilaxis: Niños menores de un año, 1 a 3 tabletas semanarias.

AMPOLLETAS DE 0.1 Gr.

Indicados cuando la administración oral no es conveniente o posible y en los casos muy graves.

Tratamiento: 1 ampolleta de 2 cm.³ haciendo la solución de preferencia en agua destilada estéril para inyectar por vía intravenosa.

Presentación.-

Tabletas 0.3 gm. en frascos de 20 500

Tabletas 0.1 gm. en frascos de 30 100 1,000

Tabletas 0.025 gm. en frascos de 20 500

Ampolletas de 2 cm.³ conteniendo 0.1 gm. en cajas de 5 100

C A R L O S G R O S S M A N, S. A.
SADI CARNOT No. 86 MEXICO, D. F.

Perineo-ano-vulvectomía y Vaciamiento Organo Pélvico Total en Cánceres Avanzados del Aparato Genital Femenino

Trabajo reglamentario leído el 25 de abril de 1950.

Por el Académico Dr. José García Noriega.

En el número 7 Vol. XI de Julio de 1948 de la Revista Médica del Hospital General, aparece publicada la comunicación que ante la Sociedad Médica del Hospital General leí, presentando una técnica para Pan-cisto-histerectomía total en los cánceres avanzados del cuello y cuerpo de la matriz.

Decía en ese trabajo que la operación más radical para el tratamiento de ese cáncer era, hasta entonces, el clásico Wertheim, pero en gran número de casos que aun clínicamente diagnosticados grado II Liga de las Naciones, cuando se llevaban a la mesa de operaciones el Cirujano encontraba en el parametrio que la invasión abarcaba hasta el uretero y no era posible la extirpación.

La única forma de operar a estas enfermas, sería eludir los ureteres y de esta manera se podría hacer llegar la extirpación hasta la pared pélvica; fué con este pensamiento, que estudié la técnica que presenté en esa ocasión. Con esa técnica se pueden extirpar los cánceres del cuello y cuerpo de la matriz que invaden ampliamente parametrio o vejiga y que hayan respetado, en la parte posterior, el recto.

Los primeros casos que operé los seleccioné para que llenaran esa condición de que pudiera conservar el recto.

En el número I de "Cáncer" pág. 177 de julio 1948, Alexander Brunswick del Memorial Hospital de New York, presentó una técnica

para un vaciamiento pélvico completo incluyendo recto y vagina que llamo: "Complete escision of pelvic viscera por advanced carcinoma" y presentó los resultados obtenidos. En todos estos casos practicó colostomía abdominal terminal y teniendo que salir por ese mismo estoma, materias fecales y orina lo llamó colostomía húmeda. (Wet Colostomy).

Dado que estas operaciones se efectúan para tratar enfermas de cáncer las probabilidades de curación radical aparte de no conocerlas, no podrían ser en ninguna forma numerosas, quedarían solamente como operación paliativa; lo que siempre debe buscar el Médico es tratar de ayudar a éstas enfermas.

Me pareció que en este aspecto, si la enferma quedaba en este tipo de alivio, no era mucho lo que aventajaba, a pesar de los medios para tratar de corregir las consecuencias de esta humedad permanente por medio de una bolsa de hule especial; por eso seguí seleccionando los casos para operar solamente las enfermas en que el recto no estuviera invadido.

En el volumen 59 No. 2 de Febrero de 1950 de la Revista American Journal of Obstetrics and Gynecology", el mismo Dr. Alexander Brunschwing con Michael J. Jordan y Virginia K. Pierce, todos también del Memorial Hospital de Nueva York, presentaron una técnica en que seleccionan los casos para que no hubiera invasión del recto y se pudiera conservar éste, en vista de los malos resultados de la colostomía húmeda, siguiendo el mismo criterio que ya había yo sustentado con comunicación a la Sociedad Médica del Hospital General en Mayo de 1948.

Estudiando casos de cánceres avanzados de las vías genitales femeninas se encuentran enfermas de buen estado general pero con invasión al recto; según el grado de invasión a este último órgano, presento dos diferentes técnicas en que se puede hacer rectotomía sin necesidad de recurrir a la colostomía húmeda.

La primera, la más radical, para los casos de invasión a vagina, vulva, y recto, en que es necesario quitar en bloque vulva, perineo, ano, vejiga, porción pélvica de ureteres y uretra, matriz, anexos, ligamento ancho hasta la pelvis y vagina completa recto y cadena ganglionares desde la bifurcación de la aorta, es la siguiente.

TECNICA.—Después de tres semanas de tener funcionando la ure-

VACIAMIENTO PÉLVICO

tero colostomía del lado derecho con la hipogástrica de ese lado ligada, operación se efectúa en un solo tiempo abdomino-perineal de conjunto.

La enferma con anestesia de Raquin tipo Lemmon de preferencia a cualquier otra, comporta los siguientes tiempos:

1a. Colocación de la enferma en mi posición especial que consiste en poner a la enferma como para cualquier intervención por vía vaginal, solo que con los muslos muy ligeramente flexionados sobre el abdomen y con la característica que se conserva esta posición todo el tiempo que dura la intervención.

2.—Asepsia del campo operatorio desde coxis hasta el ombligo y colocación de compresas estériles limitando un solo campo también de coxis a ombligo. Después de suturar los labios mayores y el ano con un surgete, 3.—se traza una incisión en forma de un gran huso que circunscribe el borde posterior del ano y asciende en sus dos ramas fuera de los labios mayores hasta el ombligo, quedando comprendida toda la vulva y la cicatriz de la primera intervención para la uretero colostomía derecha. (Fig. 1). Esta incisión será atacada al mismo tiempo



Fig. 1.

por dos grupos quirúrgicos: El primer Cirujano con un ayudante sen-

para un vaciamiento pélvico completo incluyendo recto y vagina que llamo: "Complete escision of pelvic viscera por advanced carcinoma" y presentó los resultados obtenidos. En todos estos casos practicó colostomía abdominal terminal y teniendo que salir por ese mismo estoma, materias fecales y orina lo llamó colostomía húmeda. (Wet Colostomy).

Dado que estas operaciones se efectúan para tratar enfermas de cáncer las probabilidades de curación radical aparte de no conocerlas, no podrían ser en ninguna forma numerosas, quedarían solamente como operación paliativa; lo que siempre debe buscar el Médico es tratar de ayudar a éstas enfermas.

Me pareció que en este aspecto, si la enferma quedaba en este tipo de alivio, no era mucho lo que aventajaba, a pesar de los medios para tratar de corregir las consecuencias de esta humedad permanente por medio de una bolsa de hule especial; por eso seguí seleccionando los casos para operar solamente las enfermas en que el recto no estuviera invadido.

En el volumen 59 No. 2 de Febrero de 1950 de la Revista "American Journal of Obstetrics and Gynecology", el mismo Dr. Alexander Brunschwing con Michael J. Jordan y Virginia K. Pierce, todos también del Memorial Hospital de Nueva York, presentaron una técnica en que seleccionan los casos para que no hubiera invasión del recto y se pudiera conservar éste, en vista de los malos resultados de la colostomía húmeda, siguiendo el mismo criterio que ya había yo sustentado con comunicación a la Sociedad Médica del Hospital General en Mayo de 1948.

Estudiando casos de cánceres avanzados de las vías genitales femeninas se encuentran enfermas de buen estado general pero con invasión al recto; según el grado de invasión a este último órgano, presento dos diferentes técnicas en que se puede hacer rectotomía sin necesidad de recurrir a la colostomía húmeda.

La primera, la más radical, para los casos de invasión a vagina, vulva, y recto, en que es necesario quitar en bloque vulva, perineo, ano, vejiga, porción pélvica de ureteres y uretra, matriz, anexos, ligamento ancho hasta la pelvis y vagina completa recto y cadena ganglionares desde la bifurcación de la aorta, es la siguiente.

TECNICA.—Después de tres semanas de tener funcionando la ure-

VACIAMIENTO PÉLVICO

tero colostomía del lado derecho con la hipogástrica de ese lado ligada, operación se efectúa en un solo tiempo abdomino-perineal de conjunto.

La enferma con anestesia de Raquin tipo Lemmon de preferencia a cualquier otra, comporta los siguientes tiempos:

1a. Colocación de la enferma en mi posición especial que consiste en poner a la enferma como para cualquier intervención por vía vaginal, solo que con los muslos muy ligeramente flexionados sobre el abdomen y con la característica que se conserva esta posición todo el tiempo que dura la intervención.

2.—Asepsia del campo operatorio desde coxis hasta el ombligo y colocación de compresas estériles limitando un solo campo también de coxis a ombligo. Después de suturar los labios mayores y el ano con un surgete, 3.—se traza una incisión en forma de un gran huso que circunscribe el borde posterior del ano y asciende en sus dos ramas fuera de los labios mayores hasta el ombligo, quedando comprendida toda la vulva y la cicatriz de la primera intervención para la uretero colostomía derecha. (Fig. 1). Esta incisión será atacada al mismo tiempo



Fig. 1.

por dos grupos quirúrgicos: El primer Cirujano con un ayudante sen-

tados enfrente al perineo y el 2o. Cirujano con un ayudante como en cualquier operación ginecológica por vía abdominal. (Fig. 2).

4.—Mientras el 2o. Cirujano completa la laparatomía infraumbilical el primer Cirujano (a) Descubre el esfínter externo del ano y lo corta en la parte media y anterior para conservar referidas con dos pinzas suaves las dos porciones. (b) Descubre la fosa isquio-rectal y lleva la disección hacia arriba trabajando pegado a la pelvis ósea, para desprenderla de todas sus conexiones con el recto y vulva.

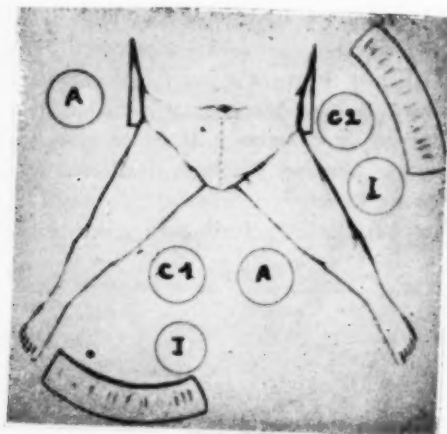


Fig. 2.

5.—Se tapona provisionalmente con una gasa con suero y se cierra la herida con pinzas de Allis sobre la gasa.

6.—El primer cirujano se coloca de lado del vientre a la izquierda de la enferma y su ayudante permanece en el mismo lugar parado enfrente al pubis entre los muslos de la enferma; contando el 1er. Cirujano de esta manera con dos primeros ayudantes, uno en este lugar y otro enfrente del lado derecho de la enferma que pueden trabajar libremente sin estorbarse entre sí y se procede a hacer un corte en el peritoneo posterior siguiendo la dirección del urtero en cada lado y juntando las incisiones en la línea media en forma de herradura.

VACIAMIENTO PÉLVICO

7.—Ligadura de la arteria hipogástrica del lado izquierdo. Disec-
ción, sección y ligadura de los dos cabos del uretero izquierdo. (Fig. 3).



Fig. 3.

8.—Sección del pedículo tubo ovárico lo más cerca posible de la ar-
teria iliaca externa.

9.—Apertura del ligamento ancho izquierdo y despegamiento en
masa hasta la pared pélvica, hasta encontrar el despegamiento hecho en
la fosa isquio-rectal.

10.—Lo mismo del lado derecho.

11.—Llenado de la vejiga a través de una sonda de Foley que lleva
colocada la enferma (Fig. 4).

12.—Sección del peritoneo vesical en forma de T invertida de modo
que quedan dos colgajos preitoneales con los cuales se hará la peritoniza-
ción.

13.—Despegamiento y disección de todo el globo vesical hasta en-
contrar los anteriores despegamientos (Fig. 5).

14.—Se retiran las pinzas de Allis que cerraban temporalmente la
porción perineal de la incisión y con la mano izquierda se empuja hacia
el vientre, la vulva y recto disecados haciendo cortes de tijera para aca-

tados enfrente al perineo y el 2o. Cirujano con un ayudante como en cualquier operación ginecológica por vía abdominal. (Fig. 2).

4.—Mientras el 2o. Cirujano completa la laparatomía infraumbilical el primer Cirujano (a) Descubre el esfínter externo del ano y lo corta en la parte media y anterior para conservar referidas con dos pinzas suaves las dos porciones. (b) Descubre la fosa isquio-rectal y lleva la disección hacia arriba trabajando pegado a la pelvis ósea, para desprenderla de todas sus conexiones con el recto y vulva.

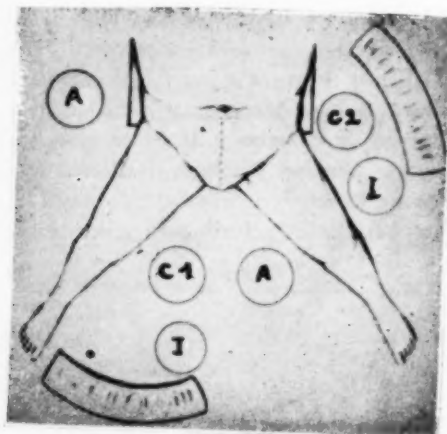


Fig. 2.

5.—Se tapona provisionalmente con una gasa con suero y se cierra la herida con pinzas de Allis sobre la gasa.

6.—El primer cirujano se coloca de lado del vientre a la izquierda de la enferma y su ayudante permanece en el mismo lugar parado enfrente al pubis entre los muslos de la enferma; contando el 1er. Cirujano de esta manera con dos primeros ayudantes, uno en este lugar y otro enfrente del lado derecho de la enferma que pueden trabajar libremente sin estorbarse entre sí y se procede a hacer un corte en el peritoneo posterior siguiendo la dirección del urtero en cada lado y juntando las incisiones en la línea media en forma de herradura.

VACIAMIENTO PÉLVICO

7.—Ligadura de la arteria hipogástrica del lado izquierdo. Disec-
ción, sección y ligadura de los dos cabos del uretero izquierdo. (Fig. 3).



Fig. 3.

8.—Sección del pedículo tubo ovárico lo más cerca posible de la ar-
teria iliaca externa.

9.—Apertura del ligamento ancho izquierdo y despegamiento en
masa hasta la pared pélvica, hasta encontrar el despegamiento hecho en
la fosa isquio-rectal.

10.—Lo mismo del lado derecho.

11.—Llenado de la vejiga a través de una sonda de Foley que lleva
colocada la enferma (Fig. 4).

12.—Sección del peritoneo vesical en forma de T invertida de modo
que quedan dos colgajos preitoneales, con los cuales se hará la peritoniza-
ción.

13.—Despegamiento y disección de todo el globo vesical hasta en-
contrar los anteriores despegamientos (Fig. 5).

14.—Se retiran las pinzas de Allis que cerraban temporalmente la
porción perineal de la incisión y con la mano izquierda se empuja hacia
el vientre, la vulva y recto disecados haciendo cortes de tijera para aca-



Fig. 4.

bar de separar las conexiones con el pubis y tener así saliendo por arriba del pubis toda la pieza operatoria. Unida solamente por su continuidad con el sigmoide.

15.—Sección del sigmoides entre dos clamps lo más cerca que permita la lesión en el recto completándose así la separación de toda la pieza operatoria.

16.—Se baja el sigmoides atrás del pubis para que salga en la porción perineal de la incisión y un ayudante lo sostiene mientras se hace la impantación de ureter izquierdo a altura conveniente. Debo señalar aquí que en la primera uretero-colostomía que es del lado derecho, cuando no haya suficiente movilidad se puede hacer uretero-colostomía como en el caso de la enferma T. M. que aquí presnto (Fig. 5).

17.—Peritonización utilizando los colgajos del peritoneo vesical según el esquema adjunto como en mi anterior técnica. (Fig. 6).

18.—El segundo cirujano queda cerrando la pared abdominal mientras al mismo tiempo el primer cirujano del lado perineal sutura el esfínter externo del ano alrededor del sigmoide y la mucosa de este a la piel.

19.—Después de dejar suficiente Gel-Foam y una canalización con

ACCIAMIENTO PÉLVICO



Fig. 5.

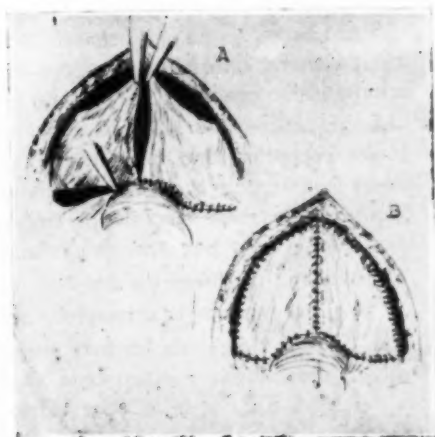


Fig. 6.



Fig. 4.

bar de separar las conexiones con el pubis y tener así saliendo por arriba del pubis toda la pieza operatoria. Unida solamente por su continuidad con el sigmoide.

15.—Sección del sigmoides entre dos clamps lo más cerca que permita la lesión en el recto completándose así la separación de toda la pieza operatoria.

16.—Se baja el sigmoides atrás del pubis para que salga en la porción perineal de la incisión y un ayudante lo sostiene mientras se hace la impantación de ureter izquierdo a altura conveniente. Debo señalar aquí que en la primera uretero-colostomía que es del lado derecho, cuando no haya suficiente movilidad se puede hacer uretero-colostomía como en el caso de la enferma T. M. que aquí presnto (Fig. 5).

17.—Peritonización utilizando los colgajos del peritoneo vesical según el esquema adjunto como en mi anterior técnica. (Fig. 6).

18.—El segundo cirujano queda cerrando la pared abdominal mientras al mismo tiempo el primer cirujano del lado perineal sutura el esfinter externo del ano alrededor del sigmoide y la mucosa de este a la piel.

19.—Después de dejar suficiente Gel-Foam y una canalización con

ACCIAMIENTO PÉLVICO



Fig. 5.

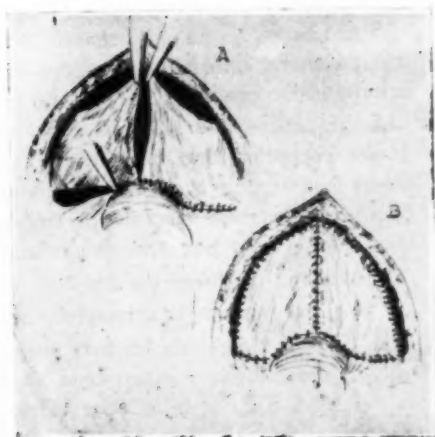


Fig. 6.

gasa se cierra la parte perineal de la incisión quedando una sola línea de sutura desde el ombligo hasta la mucosa del sigmoides suturada en la parte más baja de la parte perineal de la incisión.

2a.—TECNICA.

La otra técnica se puede seguir cuando el cáncer cervical se haya propagado directamente hacia atrás sin invasión del tabique recto vaginal y en este caso se conserva la parte anal del recto y el ampulla y solo se corta la parte unida al cuello uterino haciéndose una anastomosis termino-terminal, siendo todos los demás tiempos iguales.

CASUISTICA.—Hasta el momento llevo operados de este tipo de operaciones 20 enfermas.

1a.—Enferma S. A. del I. M. S. S. con vaciamiento completo, tiene cinco semanas de operada el ano perineal es continente para líquidos y sólidos.

4 enfermas con anastomosis termino-terminal con 4 meses de operadas una está actualmente en malas condiciones generales sospechándose una metástasis probablemente hepática. Las otras tienen 5 meses, 2 meses y un mes. están ahora en condiciones satisfactorias. Estas fueron operadas en mi servicio del Hospital General.

15 enfermas según mi primera técnica, 5 del I. M. S. S. y 10 del Hospital General en que se conservó el recto. Una murió a los 10 días, en la autopsia se encontró que se soltó una uretero-colo-anastomosis, cosa rara la que tenía cinco semanas funcionando. Una murió a los 3 meses en forma repentina tipo hemorragia cerebral sin necropsia. Una a los 13 meses con reproducción en la pelvis. Otra murió dos meses después de operada a las tres semanas de tratamiento de terapia profunda, profiláctica que le trajo una anemia profunda. No hubo necropsia.

2 enfermas de fuera de México, que no sé de ellas, pero que pidieron ir a sus lugares de origen por no sentirse bien.

Las 9 restantes están en muy buenas condiciones han regresado a su trabajo o su hogar y están bajo vigilancia de las [Trabajadoras Sociales del I. M. S. S. y de la (Secretaría de Salubridad y Asistencia) y otras del Instituto Mexicano de Cancerología.

VACIAMIENTO PÉLVICO

BIBLIOGRAFIA

- Brunschwig A.*—Cáncer 1. 177 julio 1948.
- Brunschwig A.*—Am. Jour. Obst. and gynec.,—59: 237. (Feb.) 1950.
- García Noriega J.*—Revista Médica Hospital General. 7 vol. XI (Julio) de 1948.
- García Noriega J.*—Memorias I Congreso Mex. de Ginecología y Obstetricia de mayo 1949.
- García Noriega J.*—Técnica de Uretero-Colostomía, trabajo leído ante la sociedad de Ginecología y Obstetricia de México en Nov. de 1949 en (Prensa).

gasa se cierra la parte perineal de la incisión quedando una sola línea de sutura desde el ombligo hasta la mucosa del sigmoides suturada en la parte más baja de la parte perineal de la incisión.

2a.—TECNICA.

La otra técnica se puede seguir cuando el cáncer cervical se haya propagado directamente hacia atrás sin invasión del tabique recto vaginal y en este caso se conserva la parte anal del recto y el ampulla y solo se corta la parte unida al cuello uterino haciéndose una anastomosis termino-terminal, siendo todos los demás tiempos iguales.

CASUISTICA.—Hasta el momento llevo operados de este tipo de operaciones 20 enfermas.

1a.—Enferma S. A. del I. M. S. S. con vaciamiento completo, tiene cinco semanas de operada el ano perineal es continente para líquidos y sólidos.

4 enfermas con anastomosis termino-terminal con 4 meses de operadas una está actualmente en malas condiciones generales sospechándose una metástasis probablemente hepática. Las otras tienen 5 meses, 2 meses y un mes. están ahora en condiciones satisfactorias. Estas fueron operadas en mi servicio del Hospital General.

15 enfermas según mi primera técnica, 5 del I. M. S. S. y 10 del Hospital General en que se conservó el recto. Una murió a los 10 días, en la autopsia se encontró que se soltó una uretero-colo-anastomosis, cosa rara la que tenía cinco semanas funcionando. Una murió a los 3 meses en forma repentina tipo hemorragia cerebral sin necropsia. Una a los 13 meses con reproducción en la pelvis. Otra murió dos meses después de operada a las tres semanas de tratamiento de terapia profunda, profiláctica que le trajo una anemia profunda. No hubo necropsia.

2 enfermas de fuera de México, que no sé de ellas, pero que pidieron ir a sus lugares de origen por no sentirse bien.

Las 9 restantes están en muy buenas condiciones han regresado a su trabajo o su hogar y están bajo vigilancia de las [Trabajadoras Sociales del I. M. S. S. y de la (Secretaría de Salubridad y Asistencia) y otras del Instituto Mexicano de Cancerología.

VACIAMIENTO PÉLVICO

BIBLIOGRAFIA

- Brunschwig A.*—Cáncer 1. 177 julio 1948.
- Brunschwig A.*—Am. Jour. Obst. and gynec.,—59: 237. (Feb.) 1950.
- García Noriega J.*—Revista Médica Hospital General. 7 vol. XI (Julio) de 1948.
- García Noriega J.*—Memorias I Congreso Mex. de Ginecología y Obstetricia de mayo 1949.
- García Noriega J.*—Técnica de Uretero-Colostomía, trabajo leído ante la sociedad de Ginecología y Obstetricia de México en Nov. de 1949 en (Prensa).

EDITORIAL

LAS ACADEMIAS DE CIRUGIA DE PARIS Y LA MEXI- CANA ESTRECHAN SUS RELACIONES. ELECCION DEL DR. JOSE AGUILAR ALVAREZ COMO ASOCIADO EXTRANJERO DE LA ACADEMIA DE CIRUGIA DE PARIS

La Academia Mexicana de Cirugía, al alcanzar el vigor científico necesario aspiró a estrechar sus relaciones internacionales con las Academias similares más prestigiosas, pero con un justo y maduro deseo de reciprocidad, en afán muy oportunamente señalado, principalmente por el anterior Vicepresidente de la Academia, Dr. Joaquín Correa. Al tocarnos el grande e inmerecido honor de representar a la Academia en las de Europa en nuestro viaje de 1948, tuvimos la oportunidad de enfatizar esta aspiración de los cirujanos mexicanos, dentro del ideal de estrechar relaciones por medio de la designación recíproca de sus Presidentes respectivos. La Academia de Cirugía de Madrid, comprendiendo de inmediato la alteza y pureza de esos deseos, la justicia y ventaja de esas elecciones desde luego, eligió al Dr. José Aguilar Alvarez, Presidente de la Academia, como Socio Honorario. En la misma forma cordial, la Academia de Cirugía de París, por medio del noble y sabio entonces Presidente Dr. Pierre Brocq, propuso la elección del Dr. José Aguilar Alvarez, quien fué electo Asociado Extranjero el 3 de mayo de 1950. Tan faustos acontecimientos llenarán de regocijo a los mexicanos y

constituirá motivo de legítimo orgullo para la Academia, que servirá también de estímulo al divino arte quirúrgico.

La enorme personalidad quirúrgica del Dr. José Aguilar Alvarez facilitó grandemente la gestión, cuyo resultado honra a México y a la Academia y al Dr. José Aguilar Alvarez, quien tan merecidamente recibe la designación a sabiendas de los importantes compromisos que adquiere, para trabajar intensa y amorosamente, por toda la vida, para propagar la cirugía mexicana en el extranjero, en donde encuentra tribunas magníficas y la de esos países en la Academia Mexicana en la que es uno de los más distinguidos y meritorios miembros.

Nosotros, llenos de satisfacción y confianza en el acierto y eficacia de las designaciones y de la labor, felicitamos al Dr. Aguilar Alvarez y agradecemos a las personas motoras, grandes amigos de México el Dr. José María Rementería y al Prof. Pierre Brocq su magnífica actuación, principio de un nuevo trato lleno de halagadoras promesas.

EDITORIAL

LAS ACADEMIAS DE CIRUGIA DE PARIS Y LA MEXI- CANA ESTRECHAN SUS RELACIONES. ELECCION DEL DR. JOSE AGUILAR ALVAREZ COMO ASOCIADO EXTRANJERO DE LA ACADEMIA DE CIRUGIA DE PARIS

La Academia Mexicana de Cirugía, al alcanzar el vigor científico necesario aspiró a estrechar sus relaciones internacionales con las Academias similares más prestigiosas, pero con un justo y maduro deseo de reciprocidad, en afán muy oportunamente señalado, principalmente por el anterior Vicepresidente de la Academia, Dr. Joaquín Correa. Al tocarnos el grande e inmerecido honor de representar a la Academia en las de Europa en nuestro viaje de 1948, tuvimos la oportunidad de enfatizar esta aspiración de los cirujanos mexicanos, dentro del ideal de estrechar relaciones por medio de la designación recíproca de sus Presidentes respectivos. La Academia de Cirugía de Madrid, comprendiendo de inmediato la alteza y pureza de esos deseos, la justicia y ventaja de esas elecciones desde luego, eligió al Dr. José Aguilar Alvarez, Presidente de la Academia, como Socio Honorario. En la misma forma cordial, la Academia de Cirugía de París, por medio del noble y sabio entonces Presidente Dr. Pierre Brocq, propuso la elección del Dr. José Aguilar Alvarez, quien fué electo Asociado Extranjero el 3 de mayo de 1950. Tan faustos acontecimientos llenarán de regocijo a los mexicanos y

constituirá motivo de legítimo orgullo para la Academia, que servirá también de estímulo al divino arte quirúrgico.

La enorme personalidad quirúrgica del Dr. José Aguilar Alvarez facilitó grandemente la gestión, cuyo resultado honra a México y a la Academia y al Dr. José Aguilar Alvarez, quien tan merecidamente recibe la designación a sabiendas de los importantes compromisos que adquiere, para trabajar intensa y amorosamente, por toda la vida, para propagar la cirugía mexicana en el extranjero, en donde encuentra tribunas magníficas y la de esos países en la Academia Mexicana en la que es uno de los más distinguidos y meritorios miembros.

Nosotros, llenos de satisfacción y confianza en el acierto y eficacia de las designaciones y de la labor, felicitamos al Dr. Aguilar Alvarez y agradecemos a las personas motoras, grandes amigos de México el Dr. José María Rementería y al Prof. Pierre Brocq su magnífica actuación, principio de un nuevo trato lleno de halagadoras promesas.

TRABAJOS DE ESTUDIANTES

Cirugía Terapéutica Experimental Su Diferencia con la Cirugía Experimental

J. Alberto Hernández Rivera
Cátedra Clínica Dr. M. López Esnaurizar.

La cirugía experimental es aquella que se realiza con la finalidad de obtener datos por la observación y la estadística, del funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas o las correlaciones funcionales de los mismos; se efectúa casi siempre, en animales escogidos para el caso apropiado; roedores, cánidos o antropoides; estos últimos, por el paralelismo anatómico y funcional que los acerca más a las condiciones requeridas en el ser humano, no utilizable tan directamente y en la escala necesaria para garantizar su vida y el éxito de una investigación. Se practica esta cirugía con el óptimo de seguridad que da el operar en seres no tan susceptibles de complicaciones posteriores como los humanos, pero también con un mínimo de sufrimiento físico, administrándoles el anestésico adecuado y cumplir con una norma de piedad hacia los animales cuyo concurso, en tales experiencias, nos aporta valiosos conocimientos; que, como antes dijimos no nos puede reportar el humano directamente. Es esta cirugía, la que abrió enorme campo de investigación sobre todo en la Endocrinología, bástenos recordar las experiencias de Brown Séquard, modernamente las de Sergei Voronoff y las de Banting y Best entre otros muchos.

Son estas investigaciones las que han iluminado en parte el complejo terreno de la fisiología del sistema nervioso y muscular; al mismo tiempo que han puesto en claro las relaciones funcionales entre hormonas y órganos a través del sistema nervioso.

La cirugía experimental pocas veces se ha practicado en seres humanos y cuando se ha llevado a efecto es cuando por accidentes desgraciados o patológicos los individuos que los han sufrido llegan a manos de investigadores que aplicando sus conocimientos y experiencia se ha decidido a efectuarla; ora sujetos de buena voluntad y armados de un gran amor a la ciencia se han prestado a tales requerimientos: hubo también condenados a muerte que se prestaron con verdadera entereza a título de conejillos de indias en experiencias de esta naturaleza a cambio de indulto.

Citemos aquí, los magistrales trabajos del americano Cushing, sobre los adenomas hipofisiarios y los tumores del cerebro que hasta la fecha no tienen paralelo en la literatura médica; los trabajos de cirujanos italianos que tratando de volver a la normalidad física y psíquicamente a jóvenes soldados, mutilados o desfigurados durante la primera guerra mundial, crearon la cineplastía de los miembros y en parte, la cirugía estética.

Desgraciadamente se han necesitado de estas conmociones sociales para emprender investigaciones de tal envergadura, prueba de ello nos lo da la cirugía americana después de esta segunda guerra en la que la cirugía plástica y estética ha dado enormes y alentadores resultados que de otro modo, nunca se habrían obtenido por falta de material humano. Las nuevas técnicas, los variados procedimientos, los seguros anestésicos, que tales acontecimiento hacen cada vez más perfectos; hacen también variar cada día esta rama de la cirugía, haciéndola todo lo posiblemente favorable para garantizar el éxito de un intervención y la vida del sujeto.

La cirugía terapéutica experimental, es una forma de cirugía más avanzada, más precisa, más delicada; solo practicable en humanos que por sus condiciones físicas y psíquicas lo ameriten, ya que a esta la encausa una finalidad tanto humana como moral en la supresión del dolor o devolución de funciones que hayan desaparecido por causas sean del carácter que fueren. Tal es el caso de las modernas operaciones paliativas en el cáncer, del bloqueo de troncos nerviosos, en dolores que no desaparecen al efecto de ninguna anestesia; las gangliectomías lumbares en casos de gangrena seca del miembro inferior, las

TRABAJOS DE ESTUDIANTES

Cirugía Terapéutica Experimental Su Diferencia con la Cirugía Experimental

J. Alberto Hernández Rivera
Cátedra Clínica Dr. M. López Esnaurizar.

La cirugía experimental es aquella que se realiza con la finalidad de obtener datos por la observación y la estadística, del funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas o las correlaciones funcionales de los mismos; se efectúa casi siempre, en animales escogidos para el caso apropiado; roedores, cánidos o antropoides; estos últimos, por el paralelismo anatómico y funcional que los acerca más a las condiciones requeridas en el ser humano, no utilizable tan directamente y en la escala necesaria para garantizar su vida y el éxito de una investigación. Se practica esta cirugía con el óptimo de seguridad que da el operar en seres no tan susceptibles de complicaciones posteriores como los humanos, pero también con un mínimo de sufrimiento físico, administrándoles el anestésico adecuado y cumplir con una norma de piedad hacia los animales cuyo concurso, en tales experiencias, nos aporta valiosos conocimientos; que, como antes dijimos no nos puede reportar el humano directamente. Es esta cirugía, la que abrió enorme campo de investigación sobre todo en la Endocrinología, bástenos recordar las experiencias de Brown Séquard, modernamente las de Sergei Voronoff y las de Banting y Best entre otros muchos.

Son estas investigaciones las que han iluminado en parte el complejo terreno de la fisiología del sistema nervioso y muscular; al mismo tiempo que han puesto en claro las relaciones funcionales entre hormonas y órganos a través del sistema nervioso.

La cirugía experimental pocas veces se ha practicado en seres humanos y cuando se ha llevado a efecto es cuando por accidentes desgraciados o patológicos los individuos que los han sufrido llegan a manos de investigadores que aplicando sus conocimientos y experiencia se ha decidido a efectuarla; ora sujetos de buena voluntad y armados de un gran amor a la ciencia se han prestado a tales requerimientos: hubo también condenados a muerte que se prestaron con verdadera entera a título de conejillos de indias en experiencias de esta naturaleza a cambio de indulto.

Citemos aquí, los magistrales trabajos del americano Cushing, sobre los adenomas hipofisiarios y los tumores del cerebro que hasta la fecha no tienen paralelo en la literatura médica; los trabajos de cirujanos italianos que tratando de volver a la normalidad física y psíquicamente a jóvenes soldados, mutilados o desfigurados durante la primera guerra mundial, crearon la cineplastía de los miembros y en parte, la cirugía estética.

Desgraciadamente se han necesitado de estas conmociones sociales para emprender investigaciones de tal envergadura, prueba de ello nos lo da la cirugía americana después de esta segunda guerra en la que la cirugía plástica y estética ha dado enormes y alentadores resultados que de otro modo, nunca se habrían obtenido por falta de material humano. Las nuevas técnicas, los variados procedimientos, los seguros anestésicos, que tales acontecimiento hacen cada vez más perfectos; hacen también variar cada día esta rama de la cirugía, haciéndola todo lo posiblemente favorable para garantizar el éxito de un intervención y la vida del sujeto.

La cirugía terapéutica experimental, es una forma de cirugía más avanzada, más precisa, más delicada; solo practicable en humanos que por sus condiciones físicas y psíquicas lo ameriten, ya que a esta la encausa una finalidad tanto humana como moral en la supresión del dolor o devolución de funciones que hayan desaparecido por causas sean del carácter que fueren. Tal es el caso de las modernas operaciones paliativas en el cáncer, del bloqueo de troncos nerviosos, en dolores que no desaparecen al efecto de ninguna anestesia; las gangliectomías lumbares en casos de gangrena seca del miembro inferior, las

simpatectomías periarteriales en los trastornos circulatorios; las intervenciones de aneurismas del cayado aórtico y aun sobre corazón que son posibles hoy gracias a todo este cúmulo de conocimientos obtenidos por la experiencia en seres humanos que como ya dijimos, son los únicos capaces de reportar resultados susceptibles de verdadero validamiento, para intentar nuevas intervenciones con mayores probabilidades de triunfo y mejores técnicas que garanticen la seguridad y vida de un individuo sometido a una intervención de esta categoría.

Creemos que la cirugía terapéutica experimental, está condicionada por la habilidad, la experiencia en tal o cual tipo de intervenciones así como la integridad y solidez moral del cirujano que intente una operación de este tipo. Puesto que el éxito de la intervención y vida del paciente dependen no como se quisiera, de los lazos afectivos que nos unan a él, sino del frío razonamiento y cálculo que expusimos antes.

Concluimos pues, que las diferencias entre cirugías experimental y terapéutica experimental, estriban fundamentalmente.

1.—En que la primera tiene como substrato, animales; rara vez el hombre, la segunda se lleva a cabo directamente en este último.

2.—La finalidad que persigue cada uno. La primera, únicamente la investigación a través de la estadística y por esto, relativamente poco aplicable al hombre; la segunda, la bondad de resultados posteriores como su aplicación inmediata, que ya mencionamos; ya que muchas veces basta la comprobación del éxito en un solo caso para que podamos intentar un segundo y otros más.

3.—Este es consecuencia meramente de los dos primeros.

La abundancia de material necesario para hacer cirugía experimental y pequeño margen de resultados aplicable al ser humano; al paso que la cirugía terapéutica experimental, con la valoración de resultados en un solo sujeto, está en posibilidad de deducir amplios y ciertos conocimientos capaces de encaminarnos a la solución en cientos de casos parecidos.

ANATOMIA QUIRURGICA, CARACTERES E IMPORTANCIA

Gutiérrez Ocampo Esteban

Cátedra Clínica Dr. M. López Esnaurrizar.

Para poder hablar sobre el tema que se refiere a la Anatomía Quirúrgica e importancia, creo conveniente dar un concepto primero de lo que significa la palabra Anatomía.

Esta proviene del griego $\alpha\nu\alpha\tau\omicron\mu\eta$ disecar; o más bien de $\tau\omicron\mu\epsilon\iota\nu\alpha$ cortar y de $\alpha\nu\alpha$ entre; por lo mismo es la ciencia que estudia la conformación y la estructura de los seres organizados.

En el terreno científico existen diversas clases de Anatomías y así encontramos que hay una Anatomía Topográfica que estudia las regiones en que se divide el cuerpo humano, apreciando las relaciones de los órganos que contiene cada región; este estudio de la Anatomía Topográfica se complementa con alusiones de carácter ya médico o quirúrgico dando origen como consecuencia a una subdivisión que es la Anatomía Aplicada a la Medicina y a la Cirugía.

La Anatomía Anormal o Teratológica que estudia las anomalías que presentan los órganos.

La Anatomía de las Formas, que estudia con tendencia a la perfección, las formas del cuerpo.

La Anatomía Descriptiva que estudia la forma, la situación y composición de un órgano formando cuadros detallados para cada uno de ellos.

Ahora bien, la Anatomía Quirúrgica, que es el tema que nos ocupa, es a mi modo de pensar, ya que no he encontrado una definición precisa de ella, la misma Anatomía Topográfica a la cual, como he dicho anteriormente, se le complementa con referencias relacionadas con el arte de curar por medio de las operaciones.

La importancia que la Anatomía Quirúrgica tiene en la actualidad es muy grande y a medida que el tiempo transcurre se van adquiriendo nuevos conocimientos, nuevas técnicas se descubren o inventan y tiende por lo mismo al perfeccionamiento o cuando menos al mejoramiento de técnicas pasadas.

simpatectomías periarteriales en los trastornos circulatorios; las intervenciones de aneurismas del cayado aórtico y aun sobre corazón que son posibles hoy gracias a todo este cúmulo de conocimientos obtenidos por la experiencia en seres humanos que como ya dijimos, son los únicos capaces de reportar resultados susceptibles de verdadero validamiento, para intentar nuevas intervenciones con mayores probabilidades de triunfo y mejores técnicas que garanticen la seguridad y vida de un individuo sometido a una intervención de esta categoría.

Creemos que la cirugía terapéutica experimental, está condicionada por la habilidad, la experiencia en tal o cual tipo de intervenciones así como la integridad y solidez moral del cirujano que intente una operación de este tipo. Puesto que el éxito de la intervención y vida del paciente dependen no como se quisiera, de los lazos afectivos que nos unan a él, sino del frío razonamiento y cálculo que expusimos antes.

Concluimos pues, que las diferencias entre cirugías experimental y terapéutica experimental, estriban fundamentalmente.

1.—En que la primera tiene como substrato, animales; rara vez el hombre, la segunda se lleva a cabo directamente en este último.

2.—La finalidad que persigue cada uno. La primera, únicamente la investigación a través de la estadística y por esto, relativamente poco aplicable al hombre; la segunda, la bondad de resultados posteriores como su aplicación inmediata, que ya mencionamos; ya que muchas veces basta la comprobación del éxito en un solo caso para que podamos intentar un segundo y otros más.

3.—Este es consecuencia meramente de los dos primeros.

La abundancia de material necesario para hacer cirugía experimental y pequeño margen de resultados aplicable al ser humano; al paso que la cirugía terapéutica experimental, con la valoración de resultados en un solo sujeto, está en posibilidad de deducir amplios y ciertos conocimientos capaces de encaminarnos a la solución en cientos de casos parecidos.

ANATOMIA QUIRURGICA, CARACTERES E IMPORTANCIA

Gutiérrez Ocampo Esteban

Cátedra Clínica Dr. M. López Esnaurrizar.

Para poder hablar sobre el tema que se refiere a la Anatomía Quirúrgica e importancia, creo conveniente dar un concepto primero de lo que significa la palabra Anatomía.

Esta proviene del griego $\alpha\nu\alpha\tau\omicron\mu\eta$ disecar; o más bien de $\tau\omicron\mu\epsilon\iota\nu\alpha$ cortar y de $\alpha\nu\alpha$ entre; por lo mismo es la ciencia que estudia la conformación y la estructura de los seres organizados.

En el terreno científico existen diversas clases de Anatomías y así encontramos que hay una Anatomía Topográfica que estudia las regiones en que se divide el cuerpo humano, apreciando las relaciones de los órganos que contiene cada región; este estudio de la Anatomía Topográfica se complementa con alusiones de carácter ya médico o quirúrgico dando origen como consecuencia a una subdivisión que es la Anatomía Aplicada a la Medicina y a la Cirugía.

La Anatomía Anormal o Teratológica que estudia las anomalías que presentan los órganos.

La Anatomía de las Formas, que estudia con tendencia a la perfección, las formas del cuerpo.

La Anatomía Descriptiva que estudia la forma, la situación y composición de un órgano formando cuadros detallados para cada uno de ellos.

Ahora bien, la Anatomía Quirúrgica, que es el tema que nos ocupa, es a mi modo de pensar, ya que no he encontrado una definición precisa de ella, la misma Anatomía Topográfica a la cual, como he dicho anteriormente, se le complementa con referencias relacionadas con el arte de curar por medio de las operaciones.

La importancia que la Anatomía Quirúrgica tiene en la actualidad es muy grande y a medida que el tiempo transcurre se van adquiriendo nuevos conocimientos, nuevas técnicas se descubren o inventan y tiende por lo mismo al perfeccionamiento o cuando menos al mejoramiento de técnicas pasadas.

Realmente me es difícil decir cuán enorme es la importancia de la Anatomía Quirúrgica. Positivamente en los últimos tiempos ha evolucionado en tal forma que causa asombro el observar las intervenciones sobre órganos cuya constitución y funcionamiento son tan delicados como el cerebro y el corazón.

La Cirugía en nuestra Patria no ha quedado atrás; de las aulas de nuestra querida Escuela de Medicina han surgido Cirujanos que han dado prestigio a nuestro país.

Naturalmente que el Cirujano debe hacerse por las prácticas ante el cadáver; sin que ésto quiera decir que se llegue a ser Cirujano operando mucho sobre el cadáver, porque lo que constituye la Cirugía propiamente dicha no puede aprenderse sino con las dichas prácticas y además viendo operar primeramente en el ser humano vivo, ayudando más tarde a operar y finalmente operando uno mismo.

Es obvio observar la notable diferencia que existe entre la Cirugía en un cadáver y en un vivo.

En el primero la piel se vuelve dura, áspera, inelástica, poco deslizable sobre el tejido celular subcutáneo. La hemorragia ocasionada por la sección de los vasos es escasa en virtud de que gran parte de la sangre contenida en ellos ha sufrido, como consecuencia del estancamiento, el proceso de la coagulación, fenómeno en el que intervienen además otros procesos ya de naturaleza física o química.

En cambio en el ser vivo la piel es elástica, se conserva en estado de humedad por las secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas que le sirven como especie de lubricante; es muy deslizable sobre el tejido celular subcutáneo y muy vascularizada. En síntesis, la piel de un cadáver y no solamente ésta sino que todo el organismo ha sufrido grandes cambios en su constitución.

Querer hacer del cadáver el campo exclusivo de estudio del futuro Cirujano es, a mi modo de pensar, algo contrario a la razón, sobre todo ahora que la técnica Quirúrgica se compone de innumerables detalles que solamente se aprenden de una manera progresiva y principalmente por el uso y que son no obstante muy necesarios e indispensables para tener un buen éxito de la operación como el conocimiento profundizado de la ya mencionada con anterioridad Anatomía Topográfica y la habilidad más notable.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA

Pienso que los ejercicios que se hagan en el cadáver por convencionales que estos sean no dejan de ser por ésto la base y el punto de partida para una educación quirúrgica verdadera y como una consecuencia de ésto abrir nuevos horizontes en el campo de la Cirugía.

Es la Anatomía Quirúrgica, auxiliada como toda rama de la ciencia, por otras no menos importantes como la Clínica Propedéutica Quirúrgica, la Técnica Quirúrgica, la Anatomía Topográfica y Descriptiva, la que habrá de resolver, debido a los adelantos que ha alcanzado, numerosos e intrincados problemas relacionados con la vida.

El presente trabajo adolece en toda su exposición de numerosos errores los cuales han sido cometidos por no haber encontrado una obra o texto en los que hubiera podido documentarme y además he querido expresar en el presente, una opinión propia del ya deficiente tema narrado.

ES OBJETO DE LA CLÍNICA POR DEFINICION DAR LAS BASES DE LA PATOLOGÍA? SI ES ASI, ES ESTO MORAL?

Sergio O. Núñez Cárdenas.

Clínica del Prof. M. López Esnaurrizar.

Si definimos a la Clínica diciendo que: "Es el estudio de un organismo con objeto de determinar su estado de salud o enfermedad, establecer el diagnóstico, sentar el pronóstico, instituir el tratamiento y fundar las bases de la Patología", adoptamos una definición completa que está de acuerdo con todas las demás, difiere solamente en la última parte en donde dice que tiene por objeto fundar las bases de la Patología; ésta última parte es la que trataremos en los párrafos siguientes:

Para considerar el asunto en una forma ordenada analicemos primero las conveniencias de considerar dentro de la definición de la Clínica el que sirva para fundar las bases de la Patología, parece lógico suponer que la Patología no puede estudiarse completamente independientemente de la Clínica, sino que debe sentar sus conocimientos sobre bases morfológicas, histológicas y citológicas al mismo tiempo que

Realmente me es difícil decir cuán enorme es la importancia de la Anatomía Quirúrgica. Positivamente en los últimos tiempos ha evolucionado en tal forma que causa asombro el observar las intervenciones sobre órganos cuya constitución y funcionamiento son tan delicados como el cerebro y el corazón.

La Cirugía en nuestra Patria no ha quedado atrás; de las aulas de nuestra querida Escuela de Medicina han surgido Cirujanos que han dado prestigio a nuestro país.

Naturalmente que el Cirujano debe hacerse por las prácticas ante el cadáver; sin que ésto quiera decir que se llegue a ser Cirujano operando mucho sobre el cadáver, porque lo que constituye la Cirugía propiamente dicha no puede aprenderse sino con las dichas prácticas y además viendo operar primeramente en el ser humano vivo, ayudando más tarde a operar y finalmente operando uno mismo.

Es obvio observar la notable diferencia que existe entre la Cirugía en un cadáver y en un vivo.

En el primero la piel se vuelve dura, áspera, inelástica, poco deslizable sobre el tejido celular subcutáneo. La hemorragia ocasionada por la sección de los vasos es escasa en virtud de que gran parte de la sangre contenida en ellos ha sufrido, como consecuencia del estancamiento, el proceso de la coagulación, fenómeno en el que intervienen además otros procesos ya de naturaleza física o química.

En cambio en el ser vivo la piel es elástica, se conserva en estado de humedad por las secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas que le sirven como especie de lubricante; es muy deslizable sobre el tejido celular subcutáneo y muy vascularizada. En síntesis, la piel de un cadáver y no solamente ésta sino que todo el organismo ha sufrido grandes cambios en su constitución.

Querer hacer del cadáver el campo exclusivo de estudio del futuro Cirujano es, a mi modo de pensar, algo contrario a la razón, sobre todo ahora que la técnica Quirúrgica se compone de innumerables detalles que solamente se aprenden de una manera progresiva y principalmente por el uso y que son no obstante muy necesarios e indispensables para tener un buen éxito de la operación como el conocimiento profundizado de la ya mencionada con anterioridad Anatomía Topográfica y la habilidad más notable.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA

Pienso que los ejercicios que se hagan en el cadáver por convencionales que estos sean no dejan de ser por ésto la base y el punto de partida para una educación quirúrgica verdadera y como una consecuencia de ésto abrir nuevos horizontes en el campo de la Cirugía.

Es la Anatomía Quirúrgica, auxiliada como toda rama de la ciencia, por otras no menos importantes como la Clínica Propedéutica Quirúrgica, la Técnica Quirúrgica, la Anatomía Topográfica y Descriptiva, la que habrá de resolver, debido a los adelantos que ha alcanzado, numerosos e intrincados problemas relacionados con la vida.

El presente trabajo adolece en toda su exposición de numerosos errores los cuales han sido cometidos por no haber encontrado una obra o texto en los que hubiera podido documentarme y además he querido expresar en el presente, una opinión propia del ya deficiente tema narrado.

ES OBJETO DE LA CLÍNICA POR DEFINICION DAR LAS BASES DE LA PATOLOGÍA? SI ES ASI, ES ESTO MORAL?

Sergio O. Núñez Cárdenas.

Clínica del Prof. M. López Esnaurrizar.

Si definimos a la Clínica diciendo que: "Es el estudio de un organismo con objeto de determinar su estado de salud o enfermedad, establecer el diagnóstico, sentar el pronóstico, instituir el tratamiento y fundar las bases de la Patología", adoptamos una definición completa que está de acuerdo con todas las demás, difiere solamente en la última parte en donde dice que tiene por objeto fundar las bases de la Patología; ésta última parte es la que trataremos en los párrafos siguientes:

Para considerar el asunto en una forma ordenada analicemos primero las conveniencias de considerar dentro de la definición de la Clínica el que sirva para fundar las bases de la Patología, parece lógico suponer que la Patología no puede estudiarse completamente independientemente de la Clínica, sino que debe sentar sus conocimientos sobre bases morfológicas, histológicas y citológicas al mismo tiempo que

lo hace sobre datos que solamente la Clínica le puede proporcionar, un patólogo no puede considerar morbosa una alteración morfológica si dicha alteración no dió sintomatología Clínica, además cómo podría éste investigador identificar cambios estructurales con determinados procesos morbosos si no tiene un antecedente que le ayuda a establecer dicha identidad, antecedente que forzosamente tuvo que basarse en datos Clínicos, que la Clínica cronológicamente antecedió a la Patología es una verdad conocida y ésta última sólo pudo empezar a desarrollarse cuando los investigadores se vieron obligados a relacionar las alteraciones estructurales y funcionales con historias Clínicas, así les fué posible reconocer ciertos cambios morfológicos y fisiológicos como característicos de enfermedades desde mucho antes conocidas clasificando dichas manifestaciones en forma de síndromes o de simples síntomas. Superficialmente parecería inmoral y contrario a los fines de la Medicina, el que los datos Clínicos se aprovecharan por investigadores interesados en descubrir nuevos procesos patógenos o en mejorar los conocimientos que se tienen sobre las enfermedades ya conocidas, para evitar este aparente atentado a la ética médica podría suprimirse la parte de la definición que nos ocupa, sin embargo llevadas las cosas al extremo, es decir en el supuesto caso de que el investigador conducido por su entusiasmo científico no se conformara con los datos Clínicos y quisiera experimentar con individuos del género humano para poder probar sus teorías, olvidándose de que el propósito fundamental de su ciencia es precisamente dar alivio al ser que padece alguna enfermedad haciendo experimentaciones con resultados nocivos o mortales para el sujeto en que se experimenta, entonces si podríamos hablar de una falta de moral por parte del investigador. Debemos considerar el caso en que agotados los recursos conocidos contra algún proceso morboso el médico quisiera probar un tratamiento no ensayado anteriormente y cuyos resultados no sólo fueran dudosos sino que podrían ocasionar la muerte del enfermo, sería amoral la aplicación de tal procedimiento terapéutico si el enfermo puede continuar viviendo a pesar de las molestias que su padecimiento le provoque, pero no podríamos considerarlo fuera de la ética si el enfermo va a morir a consecuencia de su mal y admite que se haga un último esfuerzo para combatir su enfermedad tanto un éxito como un fracaso indudablemente reportarían datos

LA CLÍNICA POR DEFINICIÓN

de valor a la Patología. Hemos considerado hasta hora casos en que la vida del enfermo está de por medio, habrá otras condiciones en que sólo quede una deficiencia morfológica o funcional como consecuencia de un experimento de resultados dudosos, en este caso lo amoral sería no agotar previamente los recursos conocidos o actuar sin el pleno consentimiento del enfermo.

Analicemos ahora el caso contrario es decir aquél que no considera a la Clínica como ciencia que funde las bases de la Patología, ésto aparecería superficialmente lo ideal porque en estas condiciones no habría posibilidad de hacer ningún ensayo encaminado a obtener nuevos datos que amplíen los conocimientos que ya se tienen en Patología, entendiendo por ensayo aquellos experimentos de resultados dudosos hechos sobre seres humanos, así considerada la clínica se ocuparía simplemente de obtener los síntomas y signos identificables con los de las entidades morbosas conocidas y en todo caso proporcionar al Patólogo solamente historias Clínicas pero de ninguna manera permitir experimentos que implicaran algún riesgo a la integridad del enfermo, el médico todo lo que tendría que hacer sería identificar la enfermedad presente con alguna de las enfermedades conocidas y aplicar el tratamiento conocido hasta que dicho conocimiento se agotase, si la enfermedad fué vencida muy bien y si no declararse desarmado para combatirla. Para evitar malas interpretaciones en lo que se refiere a las relaciones que existen entre la Clínica y la Patología cabría decir: no que "funda las bases de la Patología" sino que "proporciona datos que permiten el desarrollo de la Patología" expresándose en ésta forma no se permite suponer que el clínico va a usar los procedimientos a su alcance con el fin exclusivo de servir a la Patología, sino que con el fin de servir al enfermo y sólo en una forma secundaria contribuir con información para que el patólogo aumente sus conocimientos sin exponer al enfermo a ningún experimento peligroso salvo en las condiciones mencionadas.

Quedaría la posibilidad de que no se mencionara para nada a la Patología dentro de la definición de la clínica sin que por ello perdiera claridad la misma, pero ello sería descompletarla y además huir del problema.

lo hace sobre datos que solamente la Clínica le puede proporcionar, un patólogo no puede considerar morbosa una alteración morfológica si dicha alteración no dió sintomatología Clínica, además cómo podría éste investigador identificar cambios estructurales con determinados procesos morbosos si no tiene un antecedente que le ayuda a establecer dicha identidad, antecedente que forzosamente tuvo que basarse en datos Clínicos, que la Clínica cronológicamente antecedió a la Patología es una verdad conocida y ésta última sólo pudo empezar a desarrollarse cuando los investigadores se vieron obligados a relacionar las alteraciones estructurales y funcionales con historias Clínicas, así les fué posible reconocer ciertos cambios morfológicos y fisiológicos como característicos de enfermedades desde mucho antes conocidas clasificando dichas manifestaciones en forma de síndromes o de simples síntomas. Superficialmente parecería inmoral y contrario a los fines de la Medicina, el que los datos Clínicos se aprovecharan por investigadores interesados en descubrir nuevos procesos patógenos o en mejorar los conocimientos que se tienen sobre las enfermedades ya conocidas, para evitar este aparente atentado a la ética médica podría suprimirse la parte de la definición que nos ocupa, sin embargo llevadas las cosas al extremo, es decir en el supuesto caso de que el investigador conducido por su entusiasmo científico no se conformara con los datos Clínicos y quisiera experimentar con individuos del género humano para poder probar sus teorías, olvidándose de que el propósito fundamental de su ciencia es precisamente dar alivio al ser que padece alguna enfermedad haciendo experimentaciones con resultados nocivos o mortales para el sujeto en que se experimenta, entonces si podríamos hablar de una falta de moral por parte del investigador. Debemos considerar el caso en que agotados los recursos conocidos contra algún proceso morboso el médico quisiera probar un tratamiento no ensayado anteriormente y cuyos resultados no sólo fueran dudosos sino que podrían ocasionar la muerte del enfermo, sería amoral la aplicación de tal procedimiento terapéutico si el enfermo puede continuar viviendo a pesar de las molestias que su padecimiento le provoque, pero no podríamos considerarlo fuera de la ética si el enfermo va a morir a consecuencia de su mal y admite que se haga un último esfuerzo para combatir su enfermedad tanto un éxito como un fracaso indudablemente reportarían datos

LA CLÍNICA POR DEFINICIÓN

de valor a la Patología. Hemos considerado hasta hora casos en que la vida del enfermo está de por medio, habrá otras condiciones en que sólo quede una deficiencia morfológica o funcional como consecuencia de un experimento de resultados dudosos, en este caso lo amoral sería no agotar previamente los recursos conocidos o actuar sin el pleno consentimiento del enfermo.

Analicemos ahora el caso contrario es decir aquél que no considera a la Clínica como ciencia que funde las bases de la Patología, ésto aparecería superficialmente lo ideal porque en estas condiciones no habría posibilidad de hacer ningún ensayo encaminado a obtener nuevos datos que amplíen los conocimientos que ya se tienen en Patología, entendiendo por ensayo aquellos experimentos de resultados dudosos hechos sobre seres humanos, así considerada la clínica se ocuparía simplemente de obtener los síntomas y signos identificables con los de las entidades morbosas conocidas y en todo caso proporcionar al Patólogo solamente historias Clínicas pero de ninguna manera permitir experimentos que implicaran algún riesgo a la integridad del enfermo, el médico todo lo que tendría que hacer sería identificar la enfermedad presente con alguna de las enfermedades conocidas y aplicar el tratamiento conocido hasta que dicho conocimiento se agotase, si la enfermedad fué vencida muy bien y si no declararse desarmado para combatirla. Para evitar malas interpretaciones en lo que se refiere a las relaciones que existen entre la Clínica y la Patología cabría decir: no que "funda las bases de la Patología" sino que "proporciona datos que permiten el desarrollo de la Patología" expresándose en ésta forma no se permite suponer que el clínico va a usar los procedimientos a su alcance con el fin exclusivo de servir a la Patología, sino que con el fin de servir al enfermo y sólo en una forma secundaria contribuir con información para que el patólogo aumente sus conocimientos sin exponer al enfermo a ningún experimento peligroso salvo en las condiciones mencionadas.

Quedaría la posibilidad de que no se mencionara para nada a la Patología dentro de la definición de la clínica sin que por ello perdiera claridad la misma, pero ello sería descompletarla y además huir del problema.

NOTICIAS

COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

VII ASAMBLEA INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

El Comité Ejecutivo del VIIº Congreso Internacional de Cirugía ha establecido los siguientes temas recomendados en las respectivas secciones del Congreso:

TEMAS RECOMENDADOS

CIRUGIA GINECOLOGICA

- 1) Tratamiento quirúrgico de algunas alteraciones del ciclo menstrual.
- 2) Cirugía de la esterilidad de origen tubario.
- 3) Tratamiento quirúrgico de los estados avanzados del cáncer genital.

CIRUGIA OBSTETRICA

- 1) Valor actual de la vía alta y de la vía baja en obstetricia.
- 2) Indicaciones y técnicas modernas de la operación cesárea abdominal.
- 3) Las intervenciones propiamente quirúrgicas en el embarazo, parto y puerperio.

CIRUGIA ORTOPEDICA

- 1) Artritis deformante de cadera.
- 2) Seudo-artrosis del cuello del fémur. Tratamiento.
- 3) Banco de huesos.

CIRUGIA DE LOS TRAUMATISMOS

- 1) Enclavijamientos metálicos en el tratamiento de las fracturas.

NOTICIAS

- 2) Traumatismos abdominales.
- 3) Tratamientos de las secuelas traumáticas.

CIRUGIA TORACICA.

- 1) Cirugía de los vicios congénitos de corazón y grandes vasos.
- 2) Valor de los exámenes funcionales del aparato respiratorio en cirugía torácica.
- 3) Técnica y resultados de la resección de esófago por cáncer.

NEUROCIRUGIA

- 1) Compresiones medulares no traumáticas.
- 2) Aracnoiditis optoquiasmática.
- 3) Tumores de la serie astrocitaria en el sistema nervioso.

CIRUGIA DE LAS PAREDES ABDOMINALES

- 1) Tratamiento de las eventraciones.
- 2) Discusión sobre laparatomías.
- 3) Tumores de la pared abdominal.

CIRUGIA GASTROINTESTINAL

- 1) Cardioespasmo.
- 3) Cáncer de colon.

CIRUGIA PROCTOLOGICA

- 1) Estenosis no neoplásicas de recto.
- 2) Fístulas perianales tuberculosas.
- 3) Tumores benignos y malignos de recto y rectosigmoide. Su tratamiento actual.

CIRUGIA DEL HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS

- 1) Tratamiento quirúrgico de las recidivas de síntomas en los colecistectomizados.
- 2) Tratamiento quirúrgico de las disgenesias del colédoco terminal.
- 3) Tratamiento de las secuelas de las pancreatitis agudas.

CIRUGIA DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS

- 1) Concepto actual de la medicación anti-tiroidea en la preparación preoperatoria y tratamiento del hipertiroidismo.

NOTICIAS

COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

VII ASAMBLEA INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

El Comité Ejecutivo del VIIº Congreso Internacional de Cirugía ha establecido los siguientes temas recomendados en las respectivas secciones del Congreso:

TEMAS RECOMENDADOS

CIRUGIA GINECOLOGICA

- 1) Tratamiento quirúrgico de algunas alteraciones del ciclo menstrual.
- 2) Cirugía de la esterilidad de origen tubario.
- 3) Tratamiento quirúrgico de los estados avanzados del cáncer genital.

CIRUGIA OBSTETRICA

- 1) Valor actual de la vía alta y de la vía baja en obstetricia.
- 2) Indicaciones y técnicas modernas de la operación cesárea abdominal.
- 3) Las intervenciones propiamente quirúrgicas en el embarazo, parto y puerperio.

CIRUGIA ORTOPEDICA

- 1) Artritis deformante de cadera.
- 2) Seudo-artrosis del cuello del fémur. Tratamiento.
- 3) Banco de huesos.

CIRUGIA DE LOS TRAUMATISMOS

- 1) Enclavijamientos metálicos en el tratamiento de las fracturas.

NOTICIAS

- 2) Traumatismos abdominales.
- 3) Tratamientos de las secuelas traumáticas.

CIRUGIA TORACICA.

- 1) Cirugía de los vicios congénitos de corazón y grandes vasos.
- 2) Valor de los exámenes funcionales del aparato respiratorio en cirugía torácica.
- 3) Técnica y resultados de la resección de esófago por cáncer.

NEUROCIRUGIA

- 1) Compresiones medulares no traumáticas.
- 2) Aracnoiditis optoquiasmática.
- 3) Tumores de la serie astrocitaria en el sistema nervioso.

CIRUGIA DE LAS PAREDES ABDOMINALES

- 1) Tratamiento de las eventraciones.
- 2) Discusión sobre laparatomías.
- 3) Tumores de la pared abdominal.

CIRUGIA GASTROINTESTINAL

- 1) Cardioespasmo.
- 3) Cáncer de colon.

CIRUGIA PROCTOLOGICA

- 1) Estenosis no neoplásicas de recto.
- 2) Fístulas perianales tuberculosas.
- 3) Tumores benignos y malignos de recto y rectosigmoide. Su tratamiento actual.

CIRUGIA DEL HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS

- 1) Tratamiento quirúrgico de las recidivas de síntomas en los colecistectomizados.
- 2) Tratamiento quirúrgico de las disgenesias del colédoco terminal.
- 3) Tratamiento de las secuelas de las pancreatitis agudas.

CIRUGIA DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS

- 1) Concepto actual de la medicación anti-tiroidea en la preparación preoperatoria y tratamiento del hipertiroidismo.

NOTICIAS

- 2) Cirugía de paratiroides.
- 3) Cirugía en la intersexualidad.

CIRUGIA OFTALMOLOGICA

- 1) Glaucoma.
- 2) Desprendimiento de retina.
- 3) Transplantes de córnea.

CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA

- 1) Cirugía de la sordera.
- 2) Anestesia general en otorrinolaringología.
- 3) Cirugía moderna del tabique nasal y complementaria.

CIRUGIA VASCULAR

- 1) Cirugía de las cardiopatías congénitas.
- 2) Cirugía de las cardiopatías adquiridas.
- 3) Cirugía vascular de arterias y venas.

CIRUGIA ORAL

- 1) La cirugía conservadora de los adamantinomas.
- 2) Concepto actual del trismo.

CIRUGIA INFANTIL

- 1) Malformaciones congénitas.
- 2) Cirugía pulmonar en la infancia.
- 3) Cirugía abdominal en la infancia.

CIRUGIA DE LA EQUINOCOCOSIS

- 1) Resultados alejados del tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos.

CIRUGIA DE GUERRA

- 1) Rehabilitación de las heridas de guerra.
- 2) Cirugía en las fuerzas aero transportadas en las operaciones anfibias.
- 3) Consecuencias de las armas atómicas en la cirugía.

NOTICIAS

RADIOLOGIA Y FISIOTERAPIA EN CIRUGIA

- 1) Radiología de los tumores abdominales.
- 2) Tratamiento radiológico del carcinoma facial.
- 3) Fisioterapia y *recuperación del operado* pulmonar.

Invita asimismo a enviar los títulos de las comunicaciones que sobre TEMAS RECOMENDADOS u OTROS TEMAS deseen realizar los señores congresistas para incluirlos en el programa preliminar.

Dr. Jorge A. Taiana.
Secretario.

NECROLOGICAS

El académico fundador, que en los últimos años pasó a la categoría de académico nominal, Profesor Manuel Gea González, uno de los maestros más destacados de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, dejó de existir. Gran innovador de los métodos de enseñanza y en la manera de concebir la Clínica, le hicieron merecer el calificativo de clínico filósofo. Deja a sus alumnos, varios de ellos ahora maestros, rica herencia científica que conservan y aumentan para honra de la Cirugía Mexicana. La Academia honró oficialmente su memoria y conserva su recuerdo y enseñanza para siempre.

El académico Correspondiente Nacional, Dr. Héctor Ramírez Arellano, por Pachuca, Hidalgo, desde algún tiempo radicado en la Capital, murió en la misma, ante la pena y consternación de los Académicos, colegas y amigos.

TRABAJOS DE ACADEMICOS MEXICANOS EN EL EXTRANJERO.

Hemos visto con beneplácito que además del Dr. Clemente Robles, otros eminentes y distinguidos académicos han hecho recientemente publicación de trabajos en el extranjero. Uno de ellos es el Dr. Conrado Zuckermann (Clin. laborat., Zaragoza 1948, 48: No. 284 Nov.) publica importante trabajo titulado: "Neoplasias trofoblásticas y placentarias: molas y corioblastomas". El Dr. Abraham Ayala González (Vida nueva, Habana, 1949, 64: No. 4 oct.) "Cirugía de las úlceras gastroduodenales". Felicitamos cordialmente a los autores que

NOTICIAS

- 2) Cirugía de paratiroides.
- 3) Cirugía en la intersexualidad.

CIRUGIA OFTALMOLOGICA

- 1) Glaucoma.
- 2) Desprendimiento de retina.
- 3) Transplantes de córnea.

CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA

- 1) Cirugía de la sordera.
- 2) Anestesia general en otorrinolaringología.
- 3) Cirugía moderna del tabique nasal y complementaria.

CIRUGIA VASCULAR

- 1) Cirugía de las cardiopatías congénitas.
- 2) Cirugía de las cardiopatías adquiridas.
- 3) Cirugía vascular de arterias y venas.

CIRUGIA ORAL

- 1) La cirugía conservadora de los adamantinomas.
- 2) Concepto actual del trismo.

CIRUGIA INFANTIL

- 1) Malformaciones congénitas.
- 2) Cirugía pulmonar en la infancia.
- 3) Cirugía abdominal en la infancia.

CIRUGIA DE LA EQUINOCOCOSIS

- 1) Resultados alejados del tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos.

CIRUGIA DE GUERRA

- 1) Rehabilitación de las heridas de guerra.
- 2) Cirugía en las fuerzas aero transportadas en las operaciones anfibias.
- 3) Consecuencias de las armas atómicas en la cirugía.

NOTICIAS

RADIOLOGIA Y FISIOTERAPIA EN CIRUGIA

- 1) Radiología de los tumores abdominales.
- 2) Tratamiento radiológico del carcinoma facial.
- 3) Fisioterapia y *recuperación del operado* pulmonar.

Invita asimismo a enviar los títulos de las comunicaciones que sobre TEMAS RECOMENDADOS u OTROS TEMAS deseen realizar los señores congresistas para incluirlos en el programa preliminar.

Dr. Jorge A. Taiana.
Secretario.

NECROLOGICAS

El académico fundador, que en los últimos años pasó a la categoría de académico nominal, Profesor Manuel Gea González, uno de los maestros más destacados de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, dejó de existir. Gran innovador de los métodos de enseñanza y en la manera de concebir la Clínica, le hicieron merecer el calificativo de clínico filósofo. Deja a sus alumnos, varios de ellos ahora maestros, rica herencia científica que conservan y aumentan para honra de la Cirugía Mexicana. La Academia honró oficialmente su memoria y conserva su recuerdo y enseñanza para siempre.

El académico Correspondiente Nacional, Dr. Héctor Ramírez Arellano, por Pachuca, Hidalgo, desde algún tiempo radicado en la Capital, murió en la misma, ante la pena y consternación de los Académicos, colegas y amigos.

TRABAJOS DE ACADEMICOS MEXICANOS EN EL EXTRANJERO.

Hemos visto con beneplácito que además del Dr. Clemente Robles, otros eminentes y distinguidos académicos han hecho recientemente publicación de trabajos en el extranjero. Uno de ellos es el Dr. Conrado Zuckermann (Clin. laborat., Zaragoza 1948, 48: No. 284 Nov.) publica importante trabajo titulado: "Neoplasias trofoblásticas y placentarias: molas y corioblastomas". El Dr. Abraham Ayala González (Vida nueva, Habana, 1949, 64: No. 4 oct.) "Cirugía de las úlceras gastroduodenales". Felicitamos cordialmente a los autores que

NOTICIAS

labor sumamente importante y que tanta falta hace imitar. El Dr. López Esnaurrizar (The Jour. Inter. Coll of Surg. Vol. XII No. 6, Nov.-Dic. 1949, Chicago), publica el trabajo "Blockage of Splanchnic Nerves for Relief of Pain and Splanchnic Dystraphy" que es una versión inglesa de su trabajo leído en la VI Asamblea Internacional del Colegio Internacional de Cirujanos que se efectuó en Roma del 16 al 24 de mayo 1948.

M. L. E.

I CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA de Barcelona, España, Nov. 1949.

Por el Dr. José Ma. Rementería.

Toda creación humana responde a un anhelo; el hecho de elegir a la ciudad condal de Barcelona como sede del primer Congreso de la Asociación Española de Cirujanos, obedece a mis deseos, no por voluntad caprichosa, sino porque es acreedora por su historia y sus tradiciones, como podrán ustedes escuchar en estas breves, pero sentidas líneas, tendidas sobre la ciudad ideal, bajo cuyo palio brotaron pujantes nuestras más nobles ilusiones. ¡Oh tú, noble urbe, de grata rememoración y hondos sentires! Si venos de modelo y guía de nuestro trabajo. Si de ti hablamos, si a ti nos dirigimos, es por el placer de haberte soñado, como Wifredo el Velloso, conde de Barcelona, que brindó sus servicios a Carlos el Calvo de Francia en sus luchas con los normandos. En el primer encuentro, el Conde dió tales muestras de valor, que alcanzó, en una sola jornada, la fama que únicamente se obtenía a fuerza de victorias. En un segundo combate, la suerte favorecía al enemigo, y las armas francesas estaban a punto de sufrir una sangrienta derrota. Entonces Wifredo, al frente de un grupo de caballeros, intervino en la pelea, haciendo huir a los normandos. Sin embargo, el caudillo catalán, herido en un costado, tuvo que ser traslado a su tienda. Cuando sus servidores procedían a quitarle la armadura, se presentó en ella Carlos el Calvo, para agradecer la victoria que debía a su valor. Prometió el rey otorgarle cuantas gracias y privilegios deseara, y entonces Wifredo solicitó un blasón para su escudo que, sin divisa alguna, aparecía junto a su lecho. El campo era de oro, liso, sin cuarteles. Es fama que el monarca francés contestó: *Divisa que con sangre se gana, con sangre debe estar escrita*, y acercando sus dedos a la que manaba de la

NOTICIAS

herida del conde catalán, los tiñó en ella, y pasándolos de arriba abajo del dorado escudo, imprimió en él cuatro líneas rojas. Presentándolo seguidamente al guerrero, exclamó: *Desde hoy, éstas serán, conde, vuestras armas.*

Este es el bello origen que la tradición señala a las cuatro barras catalanas, que en los mástiles de sus galeras habían de surcar victoriosas los mares y tremolar con gloria en sus combates.

Encargado por la Señoría de Florencia de una misión en la corte de Fernando el Católico el humanista italiano Francisco Guicciardino, llegó a Barcelona el 7 de marzo de 1512, dedicando las siguientes palabras a la ciudad: "La ciudad es bella y grande por los edificios, por el mar que le bate en las mismas cercanías de la Lonja de Mercaderes, por sus calles bellas, por la limpieza y la igualdad de los edificios, por ser agradabilísima, de jardines muy bellos y de muchos naranjos, por estar bien poblada y ser aún rica."

Cuentan las crónicas que, en 1529, cuando los Consellers enviaron una Embajada a Carlos V, para preguntarle qué ceremonias se debían celebrar en su entrada en la ciudad condal, el Emperador contestó: "Prefiero ser conde de Barcelona que emperador de romanos", frase extraordinariamente halagadora para la ciudad y sus embajadores.

Pero el más expresivo elogio que ha recibido la ciudad de los Condes lo puso Cervantes en labios de Don Quijote, al decirle a Don Alvaro Tarfe: "Me pasé de claro a Barcelona, archivo de la cortesía, albergue de los extranjeros, hospital de los pobres, patria de los valientes, venganza de los ofendidos y correspondencia grata de firmes amistades, y es sitio de belleza única. Y aunque los sucesos que en ella me han sucedido no son de muho gusto, sino de pesadumbre, los llevo sin ella sólo por haberla visto."

Lope de Vega la llama en sus comedias, varias veces, Barcelona la rica; y el mismo Cervantes, en *Las dos doncellas*, grande famosa, rica y bien fundada ciudad.

Son los congresos como grandes ríos desbordantes, mansa y pródigamente, que prestan fertilidad a extensas zonas; ellas se nutren de afluentes más o menos poderosos, cuyo origen es la emanación continua que se fija en las inteligencias preparadas bajo la forma de intui-

NOTICIAS

labor sumamente importante y que tanta falta hace imitar. El Dr. López Esnaurrizar (The Jour. Inter. Coll of Surg. Vol. XII No. 6, Nov.-Dic. 1949, Chicago), publica el trabajo "Blockage of Splanchnic Nerves for Relief of Pain and Splanchnic Dystraphy" que es una versión inglesa de su trabajo leído en la VI Asamblea Internacional del Colegio Internacional de Cirujanos que se efectuó en Roma del 16 al 24 de mayo 1948.

M. L. E.

I CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA de Barcelona, España, Nov. 1949.

Por el Dr. José Ma. Rementería.

Toda creación humana responde a un anhelo; el hecho de elegir a la ciudad condal de Barcelona como sede del primer Congreso de la Asociación Española de Cirujanos, obedece a mis deseos, no por voluntad caprichosa, sino porque es acreedora por su historia y sus tradiciones, como podrán ustedes escuchar en estas breves, pero sentidas líneas, tendidas sobre la ciudad ideal, bajo cuyo palio brotaron pujantes nuestras más nobles ilusiones. ¡Oh tú, noble urbe, de grata rememoración y hondos sentires! Si venos de modelo y guía de nuestro trabajo. Si de ti hablamos, si a ti nos dirigimos, es por el placer de haberte soñado, como Wifredo el Velloso, conde de Barcelona, que brindó sus servicios a Carlos el Calvo de Francia en sus luchas con los normandos. En el primer encuentro, el Conde dió tales muestras de valor, que alcanzó, en una sola jornada, la fama que únicamente se obtenía a fuerza de victorias. En un segundo combate, la suerte favorecía al enemigo, y las armas francesas estaban a punto de sufrir una sangrienta derrota. Entonces Wifredo, al frente de un grupo de caballeros, intervino en la pelea, haciendo huir a los normandos. Sin embargo, el caudillo catalán, herido en un costado, tuvo que ser traslado a su tienda. Cuando sus servidores procedían a quitarle la armadura, se presentó en ella Carlos el Calvo, para agradecer la victoria que debía a su valor. Prometió el rey otorgarle cuantas gracias y privilegios deseara, y entonces Wifredo solicitó un blasón para su escudo que, sin divisa alguna, aparecía junto a su lecho. El campo era de oro, liso, sin cuarteles. Es fama que el monarca francés contestó: *Divisa que con sangre se gana, con sangre debe estar escrita*, y acercando sus dedos a la que manaba de la

NOTICIAS

herida del conde catalán, los tiñó en ella, y pasándolos de arriba abajo del dorado escudo, imprimió en él cuatro líneas rojas. Presentándolo seguidamente al guerrero, exclamó: *Desde hoy, éstas serán, conde, vuestras armas.*

Este es el bello origen que la tradición señala a las cuatro barras catalanas, que en los mástiles de sus galeras habían de surcar victoriosas los mares y tremolar con gloria en sus combates.

Encargado por la Señoría de Florencia de una misión en la corte de Fernando el Católico el humanista italiano Francisco Guicciardino, llegó a Barcelona el 7 de marzo de 1512, dedicando las siguientes palabras a la ciudad: "La ciudad es bella y grande por los edificios, por el mar que le bate en las mismas cercanías de la Lonja de Mercaderes, por sus calles bellas, por la limpieza y la igualdad de los edificios, por ser agradabilísima, de jardines muy bellos y de muchos naranjos, por estar bien poblada y ser aún rica."

Cuentan las crónicas que, en 1529, cuando los Consellers enviaron una Embajada a Carlos V, para preguntarle qué ceremonias se debían celebrar en su entrada en la ciudad condal, el Emperador contestó: "Prefiero ser conde de Barcelona que emperador de romanos", frase extraordinariamente halagadora para la ciudad y sus embajadores.

Pero el más expresivo elogio que ha recibido la ciudad de los Condes lo puso Cervantes en labios de Don Quijote, al decirle a Don Alvaro Tarfe: "Me pasé de claro a Barcelona, archivo de la cortesía, albergue de los extranjeros, hospital de los pobres, patria de los valientes, venganza de los ofendidos y correspondencia grata de firmes amistades, y es sitio de belleza única. Y aunque los sucesos que en ella me han sucedido no son de muho gusto, sino de pesadumbre, los llevo sin ella sólo por haberla visto."

Lope de Vega la llama en sus comedias, varias veces, Barcelona la rica; y el mismo Cervantes, en *Las dos doncellas*, grande famosa, rica y bien fundada ciudad.

Son los congresos como grandes ríos desbordantes, mansa y pródigamente, que prestan fertilidad a extensas zonas; ellas se nutren de afluentes más o menos poderosos, cuyo origen es la emanación continua que se fija en las inteligencias preparadas bajo la forma de intui-

NOTICIAS

ción; dase su paso científica y cariñosamente; sediméntase a primera vista para circular a las vías más hondas, y vuelve al término de su viaje al océano de donde partiera, colosal reservorio viviente que en todo momento envía radiaciones en todas direcciones para ser percibido directamente en ocasiones, asimilándose así al complejo substratum como un episodio de más o menos valor en la diversidad de los fenómenos que nos hieren, en la anticipación de los que pueden presentarse en la relación entre presentes, pasados y futuros, en la valoración y significado de los hechos y utilidad que reporten al hombre. Que tales son las últimas direcciones en que se ejercita el entendimiento humano haciendo esfuerzos para convergerlas en su rumbo original, raíz filosófica. Esta necesidad de congresos ha sido sentida en todos los tiempos, pero es de mayor fortaleza y más vibrante en estos momentos, con el afán natural de la perfección, dedicándose a una vida selecta y armónica, siendo una necesidad la forma soberana de vivir, que es el convivir épocas en que se exige un máximo de rendimiento al motor intelectual, y, a fuerza de ligero, he de confesar que los adelantos impresos en días, son como los de años en tiempos no muy lejanos. Ello obedece a que se tiene conciencia de la capacidad humana, que es inmensa, y sábase que el problema planteado espera su curso de solución con exigencia. Si no fuera por esta ocasión protocolaria, yo no osara levantar mi voz. Es cierto que las Secretarías de estas Asociaciones llevan consigo algún trabajo; no obstante, también es verdad que proporcionan momentos de honda satisfacción, al ver que los esfuerzos se cristalizan viendo reunidas y estrechadas las relaciones de amistad entre los asociados, que, cual secreciones internas (endócrino-simpáticas) confluyen en el esplendor de esta entidad con el impulso y apoyo de todos los aquí reunidos, para así desaparecer el pesimismo con que nos creemos sumidos en un eterno sueño, desperezándonos hoy e irguiéndonos arrogantes en toda nuestra grandeza, manteniendo immaculados los principios, austera la conducta, tensa la pasión y viva la audacia creadora; perder estas cualidades, en vez de una asociación sería una etiqueta; no una esperanza, sino un pugilato de intereses; no una comunidad de ideales; una retaguardia sometida y no una vanguardia prometedora.



NUBIOL

ANALGESICO Y ANTIESPASMÓDICO

Colicos del aparato genital de la mujer

NOTICIAS

ción; dase su paso científica y cariñosamente; sediméntase a primera vista para circular a las vías más hondas, y vuelve al término de su viaje al océano de donde partiera, colosal reservorio viviente que en todo momento envía radiaciones en todas direcciones para ser percibido directamente en ocasiones, asimilándose así al complejo substratum como un episodio de más o menos valor en la diversidad de los fenómenos que nos hieren, en la anticipación de los que pueden presentarse en la relación entre presentes, pasados y futuros, en la valoración y significado de los hechos y utilidad que reporten al hombre. Que tales son las últimas direcciones en que se ejercita el entendimiento humano haciendo esfuerzos para convergerlas en su rumbo original, raíz filosófica. Esta necesidad de congresos ha sido sentida en todos los tiempos, pero es de mayor fortaleza y más vibrante en estos momentos, con el afán natural de la perfección, dedicándose a una vida selecta y armónica, siendo una necesidad la forma soberana de vivir, que es el convivir épocas en que se exige un máximo de rendimiento al motor intelectual, y, a fuerza de ligero, he de confesar que los adelantos impresos en días, son como los de años en tiempos no muy lejanos. Ello obedece a que se tiene conciencia de la capacidad humana, que es inmensa, y sábase que el problema planteado espera su curso de solución con exigencia. Si no fuera por esta ocasión protocolaria, yo no osara levantar mi voz. Es cierto que las Secretarías de estas Asociaciones llevan consigo algún trabajo; no obstante, también es verdad que proporcionan momentos de honda satisfacción, al ver que los esfuerzos se cristalizan viendo reunidas y estrechadas las relaciones de amistad entre los asociados, que, cual secreciones internas (endócrino-simpáticas) confluyen en el esplendor de esta entidad con el impulso y apoyo de todos los aquí reunidos, para así desaparecer el pesimismo con que nos creemos sumidos en un eterno sueño, desperezándonos hoy e irguiéndonos arrogantes en toda nuestra grandeza, manteniendo immaculados los principios, austera la conducta, tensa la pasión y viva la audacia creadora; perder estas cualidades, en vez de una asociación sería una etiqueta; no una esperanza, sino un pugilato de intereses; no una comunidad de ideales; una retaguardia sometida y no una vanguardia prometedora.



NUBIOL

ANALGESICO Y ANTIESPASMÓDICO

Colicos del aparato genital de la mujer

NUBIOL

COMPRIMIDOS

Fórmula: Cada Comprimido Contiene

Acido Acetilsalicílico	0.25 G
Bromuro de Potasio	0.30 „
Extracto Seco de Belladona	0.02 „
Menta Piperita	0.005 „
Excipiente C. B. P.	0.68 „

Este medicamento es de empleo delicado.

**ANALGESICOS Y SEDANTES PARA EL TRATAMIENTO
DE LOS**

**COLICOS DEL APARATO GENITAL
DE LA MUJER**

INDICACIONES:

NUBIOL

COMPRIMIDOS

Está Indicado en:

*Cólicos Utero-Ováricos, Neuralgias, Dolores
Musculares, Espasmos y Dismenorreas.*

NUBIOL Comprimidos, es una fórmula elaborada especialmente para combatir los trastornos dolorosos, ya se trate de neuralgias localizadas en el sistema nervioso o en el aparato genital femenino. La fórmula del NUBIOL Comprimidos, a diferencia de otros analgésicos, no sólo combate la neuralgia en sí misma, sino que actúa sobre la causa patogénica de ésta, como sucede en los cólicos espasmódicos del aparato genital de la mujer, donde el medicamento actúa produciendo una acción sedante de la fibra muscular, para hacer desaparecer el espasmo doloroso.

Propaganda Exclusiva para Médicos.

Reg. No. 27780 S. S. A.

Prop. No. A. I. S. S. A.

SINTOMAS CARDIACOS Y VASONEUROSIS CONSECUTIVAS A
TRASTORNOS ENDOCRINOS.

SCHLIEPHAKE, "Deutsche med. Woch.", 74:68, 1949.

El autor se refiere al creciente número de pacientes que sufren palpitaciones, vértigos, malestar y sensación de presión en la región precordial. Este cuadro clínico ha recibido varias denominaciones, tales como distonía neurocirculatoria, síndrome de esfuerzo y, en los jóvenes, corazón juvenil. Los pacientes son frecuentemente tratados en forma semejante a los que sufren defectos cardíacos, como consecuencia de una sobreestimación de los cambios electrocardiográficos. La función del músculo cardíaco no está afectada en estas personas, sino solamente la inervación simpática del corazón y de los vasos periféricos. El equilibrio entre el bazo y el simpático, o entre el sistema adrenérgico y el colinérgico, está alterado; los trastornos del sistema simpático no son primarios sino consecutivos a alteraciones del sistema endocrino. Algunos de los síntomas indican la existencia de disturbios suprarrenales, pero es imposible afirmar si la lesión primaria corresponde al sistema cromafínico o si es debida a deficiencia de las hormonas adrenotrópicas o corticotrópicas, o de la hipófisis. El autor estudia la glucemia en estos pacientes, prestando particular atención a la hormona contrainsular de la hipófisis y al comportamiento de ésta bajo la influencia de la irradiación de onda corta. Observa que mientras en los sujetos sanos la irradiación de onda corta sobre la hipófisis va generalmente seguida de un aumento del azúcar contenida en la sangre, en los pacientes con los mencionados trastornos prevalece la tendencia opuesta, pareciendo jugar en ello un papel los disturbios de la función hipofisiaria. La desnutrición, tan generalizada en estos últimos años, puede ser responsable del aumento de estos trastornos.

Comentario: nos parece muy interesante el concepto de que muchos síntomas cardíacos son manifestación exclusiva de trastorno simpático, teniendo la prueba terapéutica de que la esplanoterapia paravertebral, prevertebral o mediastínica, según el caso, cura los trastornos de este origen.

M. L. E.

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS POSTFLEBITICAS.

R. LERICHE, "Progrès Médical", (Paris) 77:243, 1949.

Después de toda trombosis de un gran tronco venoso, se siguen presentando siempre deficiencias circulatorias, a pesar de la heparina y aún en los casos en que se restaura la permeabilidad del área trombosada; deficiencias que se manifiestan por estasis, fatiga, dolor y trastornos tróficos. El autor registra como *resultados satisfactorios* seis casos de resección de la vena iliaca

NUBIOL

COMPRIMIDOS

Fórmula: Cada Comprimido Contiene

Acido Acetilsalicílico	0.25 G
Bromuro de Potasio	0.30 „
Extracto Seco de Belladona	0.02 „
Menta Piperita	0.005 „
Excipiente C. B. P.	0.68 „

Este medicamento es de empleo delicado.

**ANALGESICOS Y SEDANTES PARA EL TRATAMIENTO
DE LOS**

**COLICOS DEL APARATO GENITAL
DE LA MUJER**

INDICACIONES:

NUBIOL

COMPRIMIDOS

Está Indicado en:

*Cólicos Utero-Ováricos, Neuralgias, Dolores
Musculares, Espasmos y Dismenorreas.*

NUBIOL Comprimidos, es una fórmula elaborada especialmente para combatir los trastornos dolorosos, ya se trate de neuralgias localizadas en el sistema nervioso o en el aparato genital femenino. La fórmula del NUBIOL Comprimidos, a diferencia de otros analgésicos, no sólo combate la neuralgia en sí misma, sino que actúa sobre la causa patogénica de ésta, como sucede en los cólicos espasmódicos del aparato genital de la mujer, donde el medicamento actúa produciendo una acción sedante de la fibra muscular, para hacer desaparecer el espasmo doloroso.

Propaganda Exclusiva para Médicos.

Reg. No. 27780 S. S. A.

Prop. No. A. 1. S. S. A.

SINTOMAS CARDIACOS Y VASONEUROSIS CONSECUTIVAS A TRASTORNOS ENDOCRINOS.

SCHLIEPHAKE, "Deutsche med. Woch.", 74:68, 1949.

El autor se refiere al creciente número de pacientes que sufren palpitaciones, vértigos, malestar y sensación de presión en la región precordial. Este cuadro clínico ha recibido varias denominaciones, tales como distonía neurocirculatoria, síndrome de esfuerzo y, en los jóvenes, corazón juvenil. Los pacientes son frecuentemente tratados en forma semejante a los que sufren defectos cardíacos, como consecuencia de una sobreestimación de los cambios electrocardiográficos. La función del músculo cardíaco no está afectada en estas personas, sino solamente la inervación simpática del corazón y de los vasos periféricos. El equilibrio entre el bazo y el simpático, o entre el sistema adrenérgico y el colinérgico, está alterado; los trastornos del sistema simpático no son primarios sino consecutivos a alteraciones del sistema endocrino. Algunos de los síntomas indican la existencia de disturbios suprarrenales, pero es imposible afirmar si la lesión primaria corresponde al sistema cromafínico o si es debida a deficiencia de las hormonas adrenotrópicas o corticotrópicas, o de la hipófisis. El autor estudia la glucemia en estos pacientes, prestando particular atención a la hormona contrainsular de la hipófisis y al comportamiento de ésta bajo la influencia de la irradiación de onda corta. Observa que mientras en los sujetos sanos la irradiación de onda corta sobre la hipófisis va generalmente seguida de un aumento del azúcar contenida en la sangre, en los pacientes con los mencionados trastornos prevalece la tendencia opuesta, pareciendo jugar en ello un papel los disturbios de la función hipofisiaria. La desnutrición, tan generalizada en estos últimos años, puede ser responsable del aumento de estos trastornos.

Comentario: nos parece muy interesante el concepto de que muchos síntomas cardíacos son manifestación exclusiva de trastorno simpático, teniendo la prueba terapéutica de que la esplanoterapia paravertebral, prevertebral o mediastínica, según el caso, cura los trastornos de este origen.

M. L. E.

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS POSTFLEBITICAS.

R. LERICHE, "Progrès Médical", (Paris) 77:243, 1949.

Después de toda trombosis de un gran tronco venoso, se siguen presentando siempre deficiencias circulatorias, a pesar de la heparina y aún en los casos en que se restaura la permeabilidad del área trombosada; deficiencias que se manifiestan por estasis, fatiga, dolor y trastornos tróficos. El autor registra como *resultados satisfactorios* seis casos de resección de la vena iliaca

REVISTA DE PRENSA

trombosada, con o sin gangliectomía, 1 de resección de la vena femoral superficial y otro de la vena cava. Obtuvo buenos resultados, mantenidos desde hace 22 años, con la resección de un segmento de 2 cm. de la vena femoral en el tercio medio del muslo, combinada con simpatectomía perifemoral, en un hombre de 26 años, cuyo síndrome postflebitico consecutivo a una tifoidea, se vió complicado por una flebitis del lado izquierdo, no intervinéndose sobre el área obliterada por no haberse podido localizar. Resultados del mismo tipo se consiguieron, y se mantienen desde hace 12 años, por la liberación de la vena femoral del denso tejido fibroso del área de fractura, en un joven que sufrió un a fractura de fémur seguida de un doloroso síndrome postflebitico, y en el que la disección del vaso se combinó con simpatectomía perifemoral. En varios casos de trastornos dolorosos consecutivos a viejas flebitis se practicó con éxito la resección de las varicosidades de las safenas, método que debe ser preferido a las inyecciones esclerosantes. En 28 casos de secuelas flebiticas se practicó la simpatectomía lumbar con resultados que fueron vigilados durante 2 a 11 años, y que fueron excelentes, particularmente en aquellos casos en que la intervención quirúrgica se hizo precozmente. La simpatectomía unilateral resultó efectiva para ambos lados. Se obtuvieron pequeñas mejorías en pacientes con edema muy pronunciado. Se empleó la neurtomía periférica en casos de dolor refractaria a otros tratamientos. Deben utilizarse regularmente la infiltración lumbar o las inyecciones intraarteriales de novocaína como iniciación del tratamiento de las úlceras de las piernas. Los injertos deberán practicarse solamente después de la resección de la vena adyacente.

Comentario: Es muy interesante el trabajo que aceptamos y refrendamos modestamente y sólo reiteramos a la atención del Prof. Leriche las ventajas de la infiltración novocaína seguida de alcohol sobre los ganglios simpáticos lumbares a la gangliectomía.

M. L. E.

Sumario DE "LA PRESSE MEDICALE", 26 ABRIL 1950

LAS FORMAS ALGICAS DE LAS ARACNOIDITIS DE LA COLA DE CABALLO

LUCIEN ROUQUES, MARCEL DAVID y CHRISTIAN SIRS (Paris)

Las formas algicas de las aracnoiditis bajas no son excepcionales: en siete meses los autores han observado 4 casos que presentan resumidos en su artículo y en las cuales han podido excluir con certeza la existencia de una hernia discal asociada.

Estas aracnoiditis bajas se presentan bajo diversos aspectos anatómicos; a veces un bloque de adherencias engloba la cola del caballo y no se logra aislar una raíz responsable de los dolores; a veces las adherencias estan localizadas

REVISTA DE PRENSA

alrededor de una o dos raíces cuyo pellizcamiento produce el dolor; a veces todavía, una raíz está pegada al orificio de la vaina por tractus fibrosos cuya tracción desencadena el dolor espontáneo, el pellizcamiento radicular dando un dolor diferente.

Clinicamente éstas aracnoiditis son polimorfas recordando de una manera singular las ciáticas discales; los antecedentes de crisis recidivantes y de lumbalgias, el comienzo brusco después de un esfuerzo anormal, puede existir en los dos casos y las imágenes lipiodadas ser las mismas.

La etiología es misteriosa y ésta aracnoiditis son secundarias a veces a lesiones de las raíces. Los resultados del tratamiento quirúrgico son en conjunto inferiores a los de las intervenciones por hernia.

Comentario: Trabajo muy interesante porque llama la atención sobre un padecimiento que ha sido absorbido equivocadamente dentro de los síndromos compresivos de protrusión discal. Nosotros publicamos un trabajo quirúrgico ("Ciáticas Quirúrgicas" Cir. y Cir. VII, 3; 143, marzo 1939) de mucho éxito y posteriormente hemos encontrado mucho más eficaz en las aracnoiditis, la infiltración epidural de novocaína y poco después de alcohol; la acción es más general que en operación abierta y los resultados más satisfactorios. M. L. E.

DE "LA PRESSE MEDICALE", 29 ABRIL 1950.

A PROPOSITO DE LAS OSTEOPATIAS FIBROSAS, LOS TUMORES HIPERPLASICOS Y LAS ECLEROSIS LATENTES DE LOS MAXILARES.

MM. DECHAUME y S. CORONEL (Paris).

Las osteopatías fibrosas de los maxilares han dado lugar a múltiples discusiones. Al lado de osteopatías fibrosas localización de un trastorno general, hay que situar lo que como consecuencia de perturbaciones locales, uno de los autores ha propuesto de llamar "los tumores hiperplásicos de los maxilares" por una parte y por otra, la que se podría llamar "las esclerosis latentes de los maxilares".

Los autores se plantean el problema de saber si las entidades bien definidas de "displasia fibrosa de los maxilares" y de "tumores hiperplásicos", deben de separarse, confundirse o si bien una no prepara el terreno a la otra.

En el estado actual de nuestros conocimientos, es todavía imposible de zanjar la cuestión ya que la biopsia no nos da datos precisos. Tampoco la bioquímica nos da datos probantes. La calcemia, la fosforemia y las fosfatasas han dado cifras normales. Por el contrario la numeración globular y la fórmula leucocitaria, ponen en evidencia una anemia y modificaciones de la serie blanca (eosinofilia), trastornos del tiempo de sangría y coagulación.

Los autores concluyen diciendo que hay que reservar el término de osteopatías fibrosas a las únicas y raras osteopatías hormonales, o congénitas, manifestaciones locales de una enfermedad general. En la mayoría de los casos se trata de "Tumores hiperplásicos".

REVISTA DE PRENSA

trombosada, con o sin gangliectomía, 1 de resección de la vena femoral superficial y otro de la vena cava. Obtuvo buenos resultados, mantenidos desde hace 22 años, con la resección de un segmento de 2 cm. de la vena femoral en el tercio medio del muslo, combinada con simpatectomía perifemoral, en un hombre de 26 años, cuyo síndrome postflebitico consecutivo a una tifoidea, se vió complicado por una flebitis del lado izquierdo, no intervinéndose sobre el área obliterada por no haberse podido localizar. Resultados del mismo tipo se consiguieron, y se mantienen desde hace 12 años, por la liberación de la vena femoral del denso tejido fibroso del área de fractura, en un joven que sufrió un a fractura de fémur seguida de un doloroso síndrome postflebitico, y en el que la disección del vaso se combinó con simpatectomía perifemoral. En varios casos de trastornos dolorosos consecutivos a viejas flebitis se practicó con éxito la resección de las varicosidades de las safenas, método que debe ser preferido a las inyecciones esclerosantes. En 28 casos de secuelas flebiticas se practicó la simpatectomía lumbar con resultados que fueron vigilados durante 2 a 11 años, y que fueron excelentes, particularmente en aquellos casos en que la intervención quirúrgica se hizo precozmente. La simpatectomía unilateral resultó efectiva para ambos lados. Se obtuvieron pequeñas mejorías en pacientes con edema muy pronunciado. Se empleó la neurtomía periférica en casos de dolor refractaria a otros tratamientos. Deben utilizarse regularmente la infiltración lumbar o las inyecciones intraarteriales de novocaína como iniciación del tratamiento de las úlceras de las piernas. Los injertos deberán practicarse solamente después de la resección de la vena adyacente.

Comentario: Es muy interesante el trabajo que aceptamos y refrendamos modestamente y sólo reiteramos a la atención del Prof. Leriche las ventajas de la infiltración novocaína seguida de alcohol sobre los ganglios simpáticos lumbares a la gangliectomía.

M. L. E.

Sumario DE "LA PRESSE MEDICALE", 26 ABRIL 1950

LAS FORMAS ALGICAS DE LAS ARACNOIDITIS DE LA COLA DE CABALLO

LUCIEN ROUQUES, MARCEL DAVID y CHRISTIAN SIRS (Paris)

Las formas algicas de las aracnoiditis bajas no son excepcionales: en siete meses los autores han observado 4 casos que presentan resumidos en su artículo y en las cuales han podido excluir con certeza la existencia de una hernia discal asociada.

Estas aracnoiditis bajas se presentan bajo diversos aspectos anatómicos; a veces un bloque de adherencias engloba la cola del caballo y no se logra aislar una raíz responsable de los dolores; a veces las adherencias estan localizadas

REVISTA DE PRENSA

alrededor de una o dos raíces cuyo pellizcamiento produce el dolor; a veces todavía, una raíz está pegada al orificio de la vaina por tractus fibrosos cuya tracción desencadena el dolor espontáneo, el pellizcamiento radicular dando un dolor diferente.

Clinicamente éstas aracnoiditis son polimorfas recordando de una manera singular las ciáticas discales; los antecedentes de crisis recidivantes y de lumbalgias, el comienzo brusco después de un esfuerzo anormal, puede existir en los dos casos y las imágenes lipiodadas ser las mismas.

La etiología es misteriosa y ésta aracnoiditis son secundarias a veces a lesiones de las raíces. Los resultados del tratamiento quirúrgico son en conjunto inferiores a los de las intervenciones por hernia.

Comentario: Trabajo muy interesante porque llama la atención sobre un padecimiento que ha sido absorbido equivocadamente dentro de los síndromos compresivos de protrusión discal. Nosotros publicamos un trabajo quirúrgico ("Ciáticas Quirúrgicas" Cir. y Cir. VII, 3; 143, marzo 1939) de mucho éxito y posteriormente hemos encontrado mucho más eficaz en las aracnoiditis, la infiltración epidural de novocaína y poco después de alcohol; la acción es más general que en operación abierta y los resultados más satisfactorios. M. L. E.

DE "LA PRESSE MEDICALE", 29 ABRIL 1950.

A PROPOSITO DE LAS OSTEOPATIAS FIBROSAS, LOS TUMORES HIPERPLASICOS Y LAS ECLEROSIS LATENTES DE LOS MAXILARES.

MM. DECHAUME y S. CORONEL (Paris).

Las osteopatías fibrosas de los maxilares han dado lugar a múltiples discusiones. Al lado de osteopatías fibrosas localización de un trastorno general, hay que situar lo que como consecuencia de perturbaciones locales, uno de los autores ha propuesto de llamar "los tumores hiperplásicos de los maxilares" por una parte y por otra, la que se podría llamar "las esclerosis latentes de los maxilares".

Los autores se plantean el problema de saber si las entidades bien definidas de "displasia fibrosa de los maxilares" y de "tumores hiperplásicos", deben de separarse, confundirse o si bien una no prepara el terreno a la otra.

En el estado actual de nuestros conocimientos, es todavía imposible de zanjar la cuestión ya que la biopsia no nos da datos precisos. Tampoco la bioquímica nos da datos probantes. La calcemia, la fosforemia y las fosfatasas han dado cifras normales. Por el contrario la numeración globular y la fórmula leucocitaria, ponen en evidencia una anemia y modificaciones de la serie blanca (eosinofilia), trastornos del tiempo de sangría y coagulación.

Los autores concluyen diciendo que hay que reservar el término de osteopatías fibrosas a las únicas y raras osteopatías hormonales, o congénitas, manifestaciones locales de una enfermedad general. En la mayoría de los casos se trata de "Tumores hiperplásicos".

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolla.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

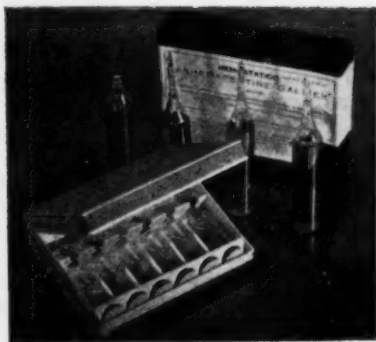
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Núm 5930 D. S. P.

Prop. Núm 78960



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

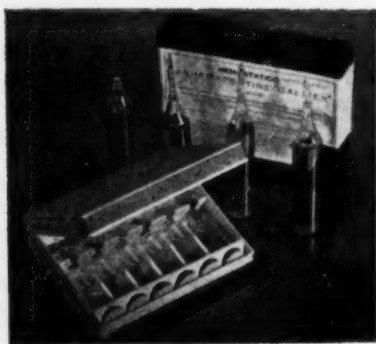
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Núm 5930 D. S. P.

Prop. Núm 78960



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

EN LOS VOMITOS DEL EMBARAZO

Según los hallazgos de los científicos de la Universidad y Hospital John Hopkins de Baltimore, en las náuseas y los vómitos que afligen a una gran proporción de las embarazadas, puede obtenerse alivio por medio de dosis diarias de la nueva droga contra el mareo, DRAMAMINE.

Aunque la náusea y vómitos pueden afectar como al 50% de todas las embarazadas, la gravedad varía. Frecuentemente es necesario para las pacientes el ser internadas en un hospital para someterse a tratamiento por la deshidratación. La causa del padecimiento nunca se ha establecido. Ocasionalmente, en uno de cada 15.000 embarazos el cuadro es tan grave que es necesario provocar el aborto para salvar a la madre.

La Dramamine fué descubierta por científicos de G. D. Searle y Co. de Chicago.



Dramamine

Reg. No. 34634 S. S. A.

UN PRODUCTO DE
INVESTIGACION
SEARLE

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:
CARLOS GROSSMAN, S. A.
SADI CARNOT No. 84,
MEXICO, D. F.